



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY
Licenciatura en Nutrición

Centro Regional Rosario

“PREVALENCIA DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE EN LACTANTES”

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de
la Licenciatura en Nutrición

Alumnas: VIDAL, ANA PAULA

Directora: PAOLA D’OSTUNI. Licenciada en Nutrición y
Profesora de enseñanza Superior en Nutrición.

Rosario, Marzo del 2018

Agradecimientos

Quiero agradecer principalmente a mi directora de Tesis, la Licenciada en Nutrición Paola D'Ostuni por aceptar llevar a cabo esta tarea y ayudarme con sus conocimientos profesionales, dedicándome parte de su tiempo.

A quiénes contribuyeron en la posibilidad de mi Tesis, aportando sus conocimientos para su realización.

A mis evaluadoras: Antonela Buzzolán, Cintia Martín y Alicia Eezckui por sus correcciones y devoluciones que contribuyeron positivamente en mi trabajo.

A la Coordinadora de Tesinas Eliana Maciá que contribuyó con su amabilidad a asesorarme y sacarme todas las dudas posibles. Además quiero agradecer a las autoridades institucionales que contribuyeron día a día para nuestra formación profesional desde el inicio de la carrera, al igual que cada docente de la institución.

Esta investigación está dedicada a mi familia, quiénes me apoyaron desde el inicio de la carrera e hicieron posible esto. A mis papás y hermanos especialmente que siempre estuvieron ahí en todo momento, e hicieron posible que llegara hasta acá.

A mi novio que a pesar de la distancia siempre hizo lo posible para ayudarme, darme su apoyo incondicional y fuerzas para seguir adelante. Además de ser a veces mi compañero de estudio.

A mis amigas de mi ciudad y amigas de la facultad por su comprensión y aliento cuando se puso difícil.

ÍNDICE

GLOSARIO.....	9
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	13
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	15
ANTECEDENTES	16
PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
HIPÓTESIS	24
OBJETIVOS	24
MARCO TEÓRICO.....	25
Alergia a la Proteína de la leche de Vaca	25
Síntomas	26
Importancia de la microbiota	28
Prevención primaria	29
Sospecha diagnóstica de APLV	29
Tratamiento	30
Ciudad de Colón.....	33
MATERIALES Y MÉTODOS	34
Tipo de investigación:.....	34
Tipo de diseño:.....	35
Referente empírico:.....	36
Variables de estudio:.....	37
Operacionalización de variables:.....	38
Técnicas e instrumentos de recolección de datos:.....	40
Procedimientos:.....	41
RESULTADOS ALCANZADOS.....	42
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXO.....	74
I) CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	75

II) CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	76
III) CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	77
I) CUESTIONARIO:	78
II) CUESTIONARIO	80

ÍNDICE DE TABLA

Tabla I. Variables cualitativas.....	38
Tabla II. Variables cuantitativas.....	39
Tabla III. Tipo de nacimiento de niños con APLV.....	42
Tabla IV. Año de presentación de APLV.....	43
Tabla V. Edad de presentación de APLV.....	44
Tabla VI. Responsable de diagnóstico de niños con APLV.....	45
Tabla VII. Datos según a quién se realizó tratamiento.....	46
Tabla VIII. Responsable de tratamiento.....	47
Tabla IX. Datos primer hijo con alergia.....	48
Tabla X. Datos otros hijos con alergia.....	49
Tabla XI. Datos conocimientos de antecedentes.....	50
Tabla XII. Datos familiares con alergia.....	51
Tabla XIII. Síntomas de los niños con APLV.....	53
Tabla XIV. Información a madres de APLV.....	54
Tabla XV. Tipo de dieta en madres.....	55
Tabla XVI. Cantidad de niños atendidos.....	56
Tabla XVII. Aumento de niños atendidos con APLV en los últimos 5 años.....	57
Tabla XVIII. Causa de APLV.....	58
Tabla XIX. Tipo de nacimiento.....	59
Tabla XX. Diagnóstico de APLV.....	60
Tabla XXI. Síntomas de niños con APLV.....	61
Tabla XXII. Presencia de componente genético.....	62
Tabla XXIII. Datos de familiar con alergia en niños con APLV.....	63
Tabla XXIV. Seguimiento del paciente.....	64

Tabla XXV. Profesional a cargo de la dieta.....	65
Tabla XXVI. Conocimiento de Ley 27.305.....	66
Tabla XXVII. Presencia de campañas informativas de APLV.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I. Distribución de tipo de nacimientos.....	42
Gráfico II. Distribución año de presentación de APLV.....	43
Gráfico III. Distribución edad de presentación de APLV.....	44
Gráfico IV. Distribución de responsable de diagnóstico.....	45
Gráfico V. Distribución a quién se realizo tratamiento.....	46
Gráfico VI. Distribución de responsable del tratamiento.....	47
Gráfico VII. Distribución de primer hijo con alergia.....	48
Gráfico VIII. Distribución de otros hijos con alergia.....	49
Gráfico IX. Distribución de conocimiento de antecedentes.....	50
Gráfico X. Distribución familiares con alergia.....	51
Gráfico XI. Distribución Síntomas de APLV.....	52
Gráfico XII. Distribución información en madres de APLV.....	53
Gráfico XIII. Distribución de tipo de dieta en madres.....	54
Gráfico XIV. Distribución de cantidad de niños atendidos.....	56
Gráfico XV. Distribución aumento de niños con APLV atendido en los últimos 5 años.....	57
Gráfico XVI. Distribución de causa de APLV	58
Gráfico XVII. Distribución de tipo de nacimiento en pacientes con APLV.....	59

Gráfico XVIII. Distribución de diagnóstico.....	60
Gráfico XIX. Distribución de síntomas en pacientes con APLV.....	61
Gráfico XX. Distribución de presencia de componentes genéticos en pacientes.....	62
Gráfico XXI. Distribución de familiar con alergia.....	63
Gráfico XXII. Distribución de presencia de seguimiento de paciente.....	64
Gráfico XXIII. Distribución de profesional a cargo de la dieta.....	65
Gráfico XXIV. Distribución de conocimiento de ley 27.305.....	66
Gráfico XXV. Distribución de presencia de campañas informativas de APLV.....	67

GLOSARIO

α -lactoalbúmina: alfa lactoalbumina

β -lactoglobulina: beta lactoglobulina

APLV: Alergia a la proteína de la leche de vaca.

DA: Dermatitis atópica.

DRACMA: Diagnóstico y Fundamento de la Acción contra la alergia a la leche de vaca.

EAACI: Academia Europea de alergia e inmunología Clínica.

IgE: Inmunoglobulina E

KU/L: Kilounidades por litro.

ML: mililitros

PLV: Proteína de leche de vaca.

RA: Rinitis alérgica.

RA/AB: Rinitis alérgica/asma bronquial.

RESUMEN

Introducción: Un diagnóstico temprano y correcto de la Alergia a la Proteína de Leche de Vaca es esencial para una correcta intervención nutricional tanto para la madre como para el lactante ya que es la base de la mejoría del niño. Además del seguimiento tanto del pediatra como del Nutricionista para así poder introducir correctamente los alimentos hasta llegar a la incorporación total de estos de este modo se podrá contar con una alimentación libre de restricciones y la consecuente aparición de síntomas. En los últimos años ha cobrado importancia ya que hay poca información y cada vez se ven más casos con este tipo de alergia. El aumento del número de cesáreas ha aumentado en los últimos años y contribuye a la predisposición del niño a la alergia. La carga genética también es muy importante ya que con antecedentes de abuelos, padres o hermanos el niño tiene altas probabilidades de contraer alergias alimentarias.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de alergia a la proteína de la leche, en lactantes de 0 a 6 meses de la Ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires durante los años 2012 – 2017.

Metodología: La presente investigación fue de tipo cuanti-cualitativa, descriptiva y correlacional. De campo, no experimental, de corte transversal. El relevamiento de los datos se realizó en la ciudad de Cólón, provincia de Buenos Aires, durante 1 mes en distintos días y horarios dependiendo de la disponibilidad de los encuestados. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de cuestionario, cuyo instrumento fue la encuesta.

Resultados: La muestra se conformó por 20 individuos (10 pediatras y 10 madres de niños con APLV). Como resultado se obtuvo que de las 10 madres encuestadas el 60% tuvieron a su niño por parto natural y el 40% por cesárea. Mientras que los resultados de la encuesta a los 10 pediatras afirma que el 60% de los niños con alergia nacieron por cesárea y el 40% por parto natural. El 50% de los niños presentó alergia en el año 2017, el 20% en el año 2016, el otro 20% en el año 2015 y el 10% en el año 2014. La mayoría de los casos fue diagnosticado por un gastroenterólogo (80%), el 10% por pediatras y el restante 10% por Otros.

En el 70% de los casos el tratamiento se aplicó en ambos (madres con una dieta de exclusión y a los bebés con leches especiales). El 30% sólo a las madres (debido a que hacen lactancia materna exclusiva). El 50% del tratamiento fue dado por pediatras, un 30% por gastroenterólogos, un 10% por Nutricionistas y el otro 10% por la misma madre del niño. El 80% de las madres respondió que el niño presenta un antecedente genético de alergia. Y la encuesta a los médicos arrojó que el 60% de sus pacientes tienen antecedentes genéticos. El 60% de los casos presentan un hermano con alergia. 80% de los niños presentan principalmente heces con moco e hilos de sangre. El 40% dolores abdominales al igual que las diarreas, un 30% alergia en la piel al igual que molestias y por último 10% shock anafiláctico al igual que los vómitos. Un 90% de las madres manifestó haber recibido información escasa.

El 90% de los pediatras afirmaron haber atendido entre 1 y 9 casos en los últimos 5 años. El 80% de los pediatras manifestó que hubo un aumento de niños con alergia en los últimos años. El 60% apuntó que no está investigada la causa de ésta.

El 100% de la encuesta a los pediatras afirmó que la prueba diagnóstica para la APLV son: pruebas de sangre e inmunológicas, pruebas de alergia (Prick test) y la prueba de provocación (dieta a base de lácteos). Y que tienen un seguimiento de un mes (50%) a 15 días (40%) y dependiendo del paciente y el momento de la alergia (10%). El 20% de los pediatras derivó a Nutricionistas y el 80% proporcionó una lista a las madres con los alimentos excluidos.

El 50% de los pediatras conocen de la ley 27.305 pero no cuentan con la información suficiente. El 40% conocen de ella y el 10% no conoce la ley. Además el 100% manifestó que no existen campañas informativas en la Ciudad sobre la alergia.

El resultado de las encuestas arrojó una prevalencia del 1,15% de alergia a la proteína de leche de vaca en lactantes en la Ciudad de Colón en los últimos 5 años.

Conclusión: Si bien los datos obtenidos de la encuesta a pediatras arroja que un 60% de los niños con alergia nacen por cesárea, la encuesta a las madres dice lo contrario, por lo tanto el nacimiento por cesárea no sería una causa sino un posible factor contribuyente. La prevalencia creció en los últimos años con un 1,15% en la totalidad de los lactantes nacidos en los últimos 5 años, probablemente como manifiestan pediatras y madres por falta de diagnóstico correcto en años anteriores.

Palabras claves: Alergia – Nacimiento – Lactancia – Síntomas – Año – Alimentos – Antecedentes.

INTRODUCCIÓN

Para el ser humano la leche es el alimento por excelencia durante los primeros seis meses de su vida y hasta el año de vida. Según estadísticas internacionales (estudio EuroPrevall, realizado desde 2005 a 2010, en 9 países) entre el 2% y el 3% de la población pediátrica desarrolla alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) en su primer año de vida, una situación que puede producirse incluso en bebés alimentados exclusivamente con leche materna.

La APLV es más común en el niño pequeño, su prevalencia disminuye y es menor al 1% en niños mayores de 6 años.

Las proteínas de leche de vaca se encuentran entre los primeros antígenos con los que el niño tiene contacto, habitualmente es el primer antígeno no homólogo que el niño recibe en cantidades importantes. La mayoría de niños alérgicos a proteínas de leche de vaca adquieren tolerancia a la misma espontáneamente.

Son relativamente sencillas de diagnosticar, pero se debe tener en cuenta que varían en intensidad en función de la cantidad de alimento ingerido y que también puede suceder que el mismo alérgeno alimentario no siempre produzca la misma sintomatología, ni de similar intensidad.

La mayoría de estos cuadros de ALPV, cualquiera sea su origen, suelen revertir por sí solos antes de los 3 años de edad. Sin embargo, en niños pequeños representa un problema serio que debe atenderse, ya que se corre el riesgo de que se presente un cuadro severo de desnutrición y otras complicaciones como complicaciones en el crecimiento.

La APLV puede producir una variada gama de síntomas de diversa intensidad, y que pueden ser inmediatos o retardados.

Entre los más frecuentes se pueden mencionar la dermatitis atópica y problemas gastrointestinales. El grado de riesgo de padecer APLV en los niños es definido de acuerdo a los antecedentes familiares.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Se eligió como tema la prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca en lactantes para este trabajo, debido a que hay falta de información respecto a las consecuencias que ésta ocasiona y con qué frecuencia se presenta. Además del desconocimiento de la propia alergia en sí. Es importante abarcar este tema para detectar ALPV prematuramente y así poder evitar complicaciones severas. Además de informar acerca de las posibles causas por la cuál es provocada y estar alerta a los síntomas que presentan los lactantes. Se cree que el aumento del número de nacimientos por cesáreas estaría implicado en el aumento de la prevalencia de alergia en niños menores de 1 años debido a estudios realizados por investigadores del Hospital Pirovano de Buenos Aires, en Argentina.

Los primeros 2 años de vida son los más importantes para el correcto desarrollo orgánico (el cual además implica al sistema inmune) y cognitivo del niño. El cuál se da principalmente con una buena alimentación y salud del niño. De ahí la importancia de una fuente de información precisa para aportar una adecuada nutrición y a tiempo de un niño que presente alergia a la proteína de la leche de vaca. Además de un tratamiento oportuno y precoz.

La idea de este trabajo además de detectar la prevalencia que existe, es dar a conocer este tipo de cuestiones y soporte a familias afectadas para que reciban todo tipo de apoyo.

ANTECEDENTES

Actualmente no hemos encontrados estudios iguales al nuestro en Argentina, se encontraron estudios relacionados con el manejo de la alergia y de la epidemiología en sí del tema en cuestión, pero no sobre prevalencia. Seleccionamos 3 estudios que se llevaron a cabo en otros países, estos son los siguientes:

- ✓ ***Alergia a proteína de leche de vaca en el menor de un año.*** Miquel I, Arancibia M.E. (Enero 2012). Chile.

En Chile no cuentan con estudios de prevalencia de esta patología. Diversos estudios prospectivos europeos han estimado un rango de 1,9 a 4,9% APLV en lactantes menores de un año.

Esta patología no sólo afecta al paciente, sino también a todo su grupo familiar y entorno social. Frente a la sospecha de una APLV, una historia clínica completa y un examen físico acucioso son fundamentales para el diagnóstico. En la historia clínica son de importancia la edad de inicio, el tipo de síntomas y su frecuencia, tiempo entre la ingestión y el inicio de los síntomas, detalles del tipo de alimentación (leche materna o fórmula) y antecedentes de atopia personal y familiar. El riesgo de atopia en un paciente aumenta si uno de los padres o hermano gemelar tienen enfermedad atópica (20-40% y 25-35% respectivamente).

Este riesgo aumenta aún más si ambos padres son atópicos (40-60%). Se ha demostrado que la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses de vida reduce el riesgo de APLV y de la mayoría de las

manifestaciones de alergia severa durante el período de lactante. No existen síntomas ni signos patognomónicos de APLV y el diagnóstico diferencial dependerá de los órganos afectados. La mayoría de las veces los síntomas ocurren luego de las primeras semanas de introducción de leche de vaca. Los órganos blanco son: aparato digestivo (50-60%), piel (50-60%) y tracto respiratorio (20-30%) pudiendo comprometer más de un órgano en un número considerable de casos. La frecuencia de anafilaxia se estima entre 0,8 a 9%. Además del órgano blanco, las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de reacción inmunológica involucrada, pudiendo ser reacciones de tipo inmediato mediadas por IgE, mixtas o tardías mediadas por un mecanismo celular.

La reacción inmediata más severa es la anafilaxia, se produce minutos hasta dos horas post exposición al alérgeno. Se caracteriza por compromiso súbito de piel y/o mucosas, con uno o más síntomas respiratorios (disnea, broncoespamo, estridor, hipoxemia), además síntomas cardiovasculares (hipotensión, síncope), síntomas gastrointestinales (vómitos, cólicos) y shock. Las reacciones inmediatas gastrointestinales incluyen el síndrome de alergia oral y alergia gastrointestinal inmediata (caracterizada clínicamente por vómitos). Las reacciones respiratorias incluyen: asma y rinitis secundaria a la ingestión o inhalación de leche de vaca. Las reacciones dermatológicas inmediatas son: eritema, angioedema, urticaria.

Los niños con sospecha de haber presentado una manifestación inmediata deben ser derivados al inmunólogo. Los pacientes con reacciones tardías por proteína leche de vaca desarrollan síntomas desde horas a varios días después de la ingestión, siendo las manifestaciones más frecuentes gastrointestinales o dermatológicas. En este tipo de reacción la presentación clínica varía desde formas

leves y moderadas a casos severos, lo que determinará el manejo sugerido en cada paciente. El enfrentamiento clínico y manejo dependerá de la forma de presentación (leve-moderada o severa) y del tipo de alimentación (leche materna o fórmula).

- ✓ ***Alergia a proteínas de la leche de vaca en centros de salud de México y Cuba.*** Laurrabaquio-Miranda A. M, Rodríguez-Santos O, Celio-Murillo R. (2010 – 2015). Méjico y Cuba.

Con el propósito de evaluar la prevalencia de APLV se revisaron los protocolos de trabajo, las historias clínicas y los registros de pacientes de los servicios de Alergología e Inmunología de la clínica María Inmaculada de la Salud, del World Trade Center en la ciudad de México y del policlínico Previsora en Camagüey, Cuba. El universo de estudio fueron 3221 individuos derivados a dichos servicios desde enero del 2010 a diciembre 2015.

Se hizo un estudio descriptivo en pacientes con sospecha clínica de APLV. La muestra estuvo constituida por 650 niños con sintomatología probable de APLV de las edades 0 a 9 años cumplidos: 429 mexicanos y 221 cubanos. Las manifestaciones clínicas que se tuvieron en cuenta para seleccionar la muestra fueron aquellas reacciones adversas a la leche de vaca consideradas en la clasificación propuesta por la EAACI (Academia Europea de alergia e inmunología Clínica). A todos los niños de la muestra se les realizó Prick test con leche de vaca fresca o pasteurizada y con extractos industriales de leche de vaca, α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina, caseína y carne de vaca; también se aplicaron controles positivo de histamina y negativo de solución salina. El reto oral con leche de vaca, se realizó

para confrontar la presencia de reacciones inmediatas o reacciones tardías. Se hizo como provocación oral abierta en los tres servicios de Alergología e Inmunología en aquellos pacientes que no tenían antecedentes de anafilaxia asociado a la leche de vaca.

Previamente a la prueba se explicó la importancia diagnóstica y detalles de la técnica firmando los padres o tutores, el documento de consentimiento informado. La técnica consistió en administrar dosis crecientes de leche, cada 30 minutos: 0,1 mL, 0,3 mL, 1 mL, 3 mL, 10 mL, 30 mL, 100 mL hasta un total de 144 mL.

Los pacientes se mantuvieron en observación en el servicio de Alergología durante 2 horas después de la ingesta y en observación controlada en la casa por más de 2 horas y hasta 14 días.

A 257 niños de ambas ciudades, que no se les pudo completar el reto oral, se les hizo determinación de IgE alérgeno específico en el suero sanguíneo a las proteínas α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina y caseína.

Todos los sueros fueron analizados en el Laboratorio Olarte y Akle® México, D.F. Por el elevado costo de esta prueba no se hizo a todos los niños teniendo en cuenta además que con el reto oral se llega al diagnóstico definitivo de APLV.

Se consideraron alérgicos a la proteína de la leche de vaca dos categorías de niños: 1) los que el reto oral fue positivo a la leche de vaca; 2) aquellos que presentaron el Prick test positivo a la leche de vaca y además IgE específica a una o más de las proteínas α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina y caseína >0.35 kU/L.

La variable edad se midió de 0 a 9 años distribuida en grupos etarios (≤ 1 , 1-3, 4-6, 7-9 años). Estos grupos se correlacionaron con la presencia de sintomatología

correspondiente a: dermatitis atópica (DA), rinitis alérgica (RA), rinitis alérgica/asma bronquial (RA/AB), urticaria y digestiva.

Se sumaron los correspondientes diagnósticos según grupo etario. Se hizo también la sumatoria de las pruebas positivas (reto oral, Prick test e IgE específica) para calcular el porcentaje de APLV.

En la muestra de niños con probable APLV la dermatitis atópica estuvo presente en los diferentes grupos etarios, siendo la mayor presencia en los niños de 1 a 3 años cuando se compara con los otros grupos. Además, se observa que en los niños menores de 1 año la dermatitis atópica es la enfermedad de mayor presencia a esta edad con una frecuencia de 52,1% lo que demuestra la importancia de esta enfermedad en los primeros años de vida. Por otro lado, la rinitis alérgica con o sin asma bronquial tuvo su más alta representación en el grupo etario de 4 a 6 años.

Se observa, que se diagnosticaron del total de la muestra 32 niños con APLV, para un 4,9% de prevalencia en los centros de salud de ambos países. Con relación a la muestra de cada país, la prevalencia fue en el grupo de los mexicanos de 5,1% y en los cubanos de 4,5% ($p=0,036$).

En los niños menores de 3 años el diagnóstico definitivo de APLV para toda la muestra estudiada se manifestó sobre todo en los que presentaron dermatitis atópica; destacándose los menores de 1 año con 12 pacientes para un 1,8% de prevalencia.

Los pacientes con diagnóstico de APLV para toda la sintomatología estudiada se correspondieron a los niños menores de 3 años. El valor más alto de prevalencia en los que presentaron dermatitis atópica correspondió a los menores de 1 año. La prevalencia de APLV fue superior en la ciudad de México que en la ciudad de

Camagüey, Cuba. Este hallazgo podría estar relacionado con las diferencias en los hábitos alimentarios, lo que pudiera ser evaluado en futuras investigaciones. Los resultados obtenidos de APLV en dermatitis atópica se asemejan a los encontrados por otros autores remarcando la importancia de la condición atópica del niño reflejada en la piel; sin embargo difieren de otras investigaciones donde las cifras reportadas son ligeramente mayores a las de este estudio. Para los niños de 1 a 3 años y para los menores de 1 año, los resultados encontrados se asemejan a un estudio realizado en la universidad de Antioquia, Colombia y a los realizados en el hospital infantil Federico Gómez de México. Con los resultados obtenidos se concluye que en los niños con sospecha de APLV el diagnóstico definitivo se hace en las primeras edades de la vida, reafirmando la importancia de los objetivos del estudio, lo que permite además emprender acciones de salud más concretas en estas edades al hacer un diagnóstico temprano desde los servicios de Alergología e Inmunología.

✓ **REPORTE DE CASO: ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA.**

Muñoz Urribarri A, Delgado Godos A, Castillo Durán R, Yábar Berrocal A. (2011). Perú.

Durante el primer año de vida, la proteína de la leche de vaca (PLV) suele ser la primera proteína a la cual se enfrentan los niños con lactancia materna o sin ella; constituye la forma de alergia alimentaria más frecuente en los primeros meses de la vida y su prevalencia oscila en 2-7,5%. Hacia la edad adulta disminuye progresivamente. La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) se puede encontrar inclusive en niños alimentados exclusivamente con leche materna. Su incidencia en este grupo es baja, de aproximadamente el 0,5%. Su presentación, en general, es leve-moderada, dado que la concentración de la proteína de la leche de vaca en la leche humana es 100.000 veces menor que en la leche de vaca. Dado el gran número de diagnósticos erróneos, percepciones exageradas y elevada prevalencia de auto diagnóstico, ante un paciente con sintomatología compatible con APLV, es menester establecer un diagnóstico correcto. Esta situación podría poner en riesgo nutricional innecesario a estos pacientes, además de modificar sus hábitos alimentarios, con importantes consecuencias a nivel médico y social. El propósito de este grupo de trabajo fue elaborar un algoritmo diagnóstico que permita mejorar las habilidades diagnósticas y terapéuticas del pediatra, gastroenterólogo, nutricionista, alergista e inmunólogo pediatra que pueda verse involucrado en el manejo de lactantes o niños con esta problemática clínica.

Dos de cada tres niños con APLV tienen antecedentes familiares de atopia, asociado más fuertemente al fenotipo materno. El riesgo de atopia se incrementa cuando los padres o hermanos presentan una enfermedad atópica (20-40% y 25-30%, respectivamente) y es aún mayor si ambos padres la tienen (40-60%). El aumento

de la permeabilidad intestinal depende de factores genéticos. Parecería haber entonces una predisposición genética, pero la expresión fenotípica de alergia depende de una compleja interacción entre los factores genéticos y ambientales en los primeros meses de la vida.

Ante la sospecha de una alergia alimentaria, recomendamos realizar una detallada historia clínica con énfasis en los antecedentes familiares y un exhaustivo examen físico que permita un adecuado proceso diagnóstico (algoritmo), para indicar el tratamiento específico a quien corresponda y evitar así restricciones nutricionales injustificadas y complicaciones innecesarias. La elección de la fórmula se basa en el conocimiento de sus componentes y en los principios biológicos que rigen el desarrollo de una alergia alimentaria. El concepto esencial es que la supresión de la proteína desencadenante es el único tratamiento necesario. La provocación podrá realizarse a partir de los 12 meses de edad, para establecer así el alta del paciente. Sólo en aquellos con reacciones inmediatas por IgE al comienzo es conveniente el empleo de pruebas previas. Para su implementación deberá considerarse la forma clínica inicial y, de acuerdo a ello, establecer la supervisión médica más apropiada durante la prueba desencadenante. La mayoría de los niños adquiere tolerancia luego de 1-2 años de tratamiento específico y por experiencias clínicas se conoce que el 95% de ellos lo logra a los 3 años. La APLV presenta connotaciones especiales por el impacto nutricional que puede provocar en el niño en una etapa de rápido crecimiento y de gran vulnerabilidad. Esta propuesta de abordaje intenta evitar errores diagnósticos y terapéuticos, con sus consiguientes alteraciones psicosociales, y enfatizar la importancia de la alimentación con leche materna como prevención de la APLV en la infancia.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Hay un aumento en la prevalencia de alergia a la proteína de la leche en lactantes de 0 a 6 meses en la Ciudad de Colón en los últimos 5 años (2012 al 2017)?

HIPÓTESIS

Existe un aumento de la prevalencia de alergia a la proteína de la leche en lactantes en los últimos 5 años debido al aumento de nacimientos por cesáreas.

OBJETIVOS

General: Comprobar si existe relación entre la prevalencia de alergia a la proteína de la leche, en lactantes de 0 a 6 meses de la Ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires durante los años 2012 – 2017 y el tipo de nacimiento.

Específicos:

- 1- Recabar información a través de encuestas a pediatras (basados en historias clínicas) y madres con niños con APLV.
- 2- Analizar la información obtenida en las encuestas en forma cuanti y cualitativa.
- 3- Cuantificar nacimientos por parto natural y por cesárea (niños con alergia).
- 4- Registrar antecedentes de alergias alimentarias en primer grado de consanguinidad.
- 5- Establecer el grado de prevalencia de dicha alergia.

MARCO TEÓRICO

Alergia a la Proteína de la leche de Vaca

La alergia de la proteína de la leche de vaca (APLV) corresponde a un conjunto de enfermedades y síntomas que ocurren debido a una respuesta anómala el sistema inmune a la exposición a proteína de leche de vaca.¹

Es considerada una de las alergias alimentarias más frecuentes en los primeros meses de vida, pudiéndose superarse en la mayoría de los casos entre el primero y segundo año de edad.

A diferencia de una intolerancia a la lactosa donde se produce una reacción adversa son la participación de defensa del organismo, en la alergia a la proteína de la leche de vaca participa el sistema inmune.

La proteína de la leche de vaca suele ser la primera proteína alimentaria extraña a la que nos exponemos durante los primeros meses de vida.

Si bien es la alergia más frecuente en bebés y niños pequeños su prevalencia es de alrededor del 2-6% en estudios basados en poblaciones de diferentes países.

Hasta los 6 meses, los bebés son más susceptibles al ingreso de proteínas alergénicas por la inmadurez de su sistema inmune y de su barrera intestinal. Este ingreso temprano de proteínas extrañas podría desencadenar una reacción del sistema inmune inmaduro que conduzca a la alergia.

¹ Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile, Guía clínica: alergia a la proteína de leche de vaca. 2012

La organización mundial de la salud recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y la posterior introducción de alimentación complementaria, que incluiría lácteos como estrategia para disminuir el riesgo de desarrollar alergia a la proteína de la leche de vaca. La maduración de la barrera gastrointestinal producida por la alimentación materna, induce tolerancia a las proteínas lácteas.

Síntomas

Los síntomas asociados a las alergias alimentarias son varios, dentro de los cutáneos tenemos:

Urticaria son ronchas rojizas, elevadas y a menudo pruriginosas que aparecen en la superficie de la piel. También pueden presentarse sin una causa.

Eczema designa varios tipos distintos de hinchazón de la piel. También se llama dermatitis. La mayoría de los tipos causa sequedad y comezón en la piel, además de sarpullido en la cara, al interior de los codos y detrás de las rodillas; y en las manos y los pies. Rascarse la piel puede enrojecerla, aumentando la hinchazón y picazón.

Prurito o picor Es un hormigueo o irritación de la piel que provoca el deseo de rascarse en la zona. El prurito o picazón puede ocurrir en todo el cuerpo o solamente en un lugar.

Dentro de los respiratorios:

Rinitis conjunto de síntomas que afectan la nariz. Picazón en la nariz, la boca, los ojos, la garganta, la piel o en cualquier área, estornudo, ojos llorosos, problemas con el olfato.

Asma enfermedad que provoca que las vías respiratorias se hinchen y se estrechen. Esto hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos.

Dentro de los gástricos:

Náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea.

La intensidad de los síntomas no está en relación con la cantidad de leche ingerida.

Según las guías DRACMA, de la Organización Mundial de la Alergia, en personas con APLV, no debe reemplazarse la leche de vaca por la leche de otras especies, la mayor parte de los alérgicos no la toleran ya que contienen proteínas con estructuras y propiedades biológicas semejantes a las de la leche de vaca y son capaces de inducir reacciones alérgicas.

Los bebés nacidos por cesárea tienen dos veces más riesgo de ser alérgicos a la proteína de leche de vaca (APLV) que los que nacen por parto natural, afirmaron especialistas en la materia que elaboraron un estudio científico internacional.

Si se estima la prevalencia, en Argentina padecen esa reacción unos 50.000 chicos menores de tres años, de los cuales, muy pocos son diagnosticados. Entre 2010 y 2014 el grupo relevó 238 pacientes de alrededor de siete meses y con un peso promedio de 3.149 gramos que tenían signos aparentes de APLV, de los cuales el 56.3% había nacido por cesárea y un 43.7% por parto natural.

"La principal conclusión del estudio efectuado es que los niños que no habían transitado el canal vaginal tenían el doble riesgo de desarrollar reacciones

inmediatas de alergia a la proteína de la leche de vaca y también reacciones tardías, como reflujo gastroesofágico y cólicos”²

Importancia de la microbiota

"La flora intestinal, técnicamente llamada 'microbiota', está colonizada por millones de bacterias que determinan gran parte de la inmunidad del individuo. El bebé recibe de su madre esos primeros gérmenes beneficiosos que se alojarán en su intestino por nariz y por boca durante su paso por el canal vaginal". "En contrapartida, los primeros gérmenes que reciben aquellos que nacen por cesárea son los que circulan en la sala de parto, que no son los microorganismos que lo ayudarán en el desarrollo del sistema inmunológico en el intestino".

Esta situación empeora cuando la mamá ha recibido antibióticos por alguna infección (aún durante el propio parto), cuando el bebé es prematuro o cuando desde muy temprano no recibe lactancia materna.

"Promoviendo el parto vaginal, siempre que sea posible, y fomentando la lactancia materna, estaremos contribuyendo a la formación de una microbiota más protectora, que sin dudas ayudará a la formación del sistema inmunológico del intestino y lo fortalecerá frente a este tipo de agresiones como las alergias a la proteína de la leche de vaca".³

Por su parte Claudio Parisi, presidente de la Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica, señaló que la APLV "se manifiesta mediante síntomas inespecíficos que pueden incluir sangrado en la materia fecal, erupciones cutáneas,

² Boggio Marzet, *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2017

³ Ídem

cólicos y retraso en el crecimiento, por lo que muchas veces se demora varios meses en llegar al diagnóstico”.

Prevención primaria

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses puede tener un rol en la prevención de enfermedades atópicas y se ha demostrado como el único factor modificable que puede aplicarse en la prevención primaria de la APLV. La evitación de alimentos durante el embarazo no se recomienda en ningún caso dado que no hay evidencia que lo sustente para prevenir APLV.

Sospecha diagnóstica de APLV

Frente a la sospecha de una APLV, una historia clínica completa y un examen físico acucioso son fundamentales para el diagnóstico, dado que los síntomas frecuentemente son inespecíficos. En la historia clínica son de importancia la edad del paciente, la edad de inicio, el tipo de síntomas y su frecuencia, tiempo entre la ingestión y el inicio de los síntomas, detalles del tipo de alimentación (leche materna o fórmula) y antecedentes de atopia personal y familiar. El riesgo de atopia en un paciente aumenta si uno de los padres o hermano gemelar tienen enfermedad atópica (20-40% y 25-35% respectivamente). Este riesgo aumenta aún más si ambos padres son atópicos (40- 60%). Frecuentemente los lactantes con APLV tienen dermatitis atópica como comorbilidad. No existen síntomas ni signos patognomónicos de APLV y el diagnóstico diferencial dependerá de los órganos afectados. La mayoría de las veces los síntomas ocurren luego de las primeras semanas de introducción de leche de vaca. Los órganos blanco son: aparato

digestivo (50-60%), piel (50-60%) y tracto respiratorio (20-30%) pudiendo comprometer más de un órgano en un número considerable de casos. La frecuencia de anafilaxia se estima entre 0,8 a 9% de los casos de APLV. Además del órgano blanco, las manifestaciones clínicas dependerán del tipo de reacción inmunológica involucrada, pudiendo ser reacciones de tipo inmediato mediadas por IgE, mixtas o tardías mediadas por un mecanismo celular.

Tratamiento

El rol del licenciado en Nutrición es fundamental en el tratamiento ya que se basa pura y exclusivamente en la alimentación de la madre y leches especiales para el niño (durante la lactancia). Luego en la alimentación del niño cuando empiece con la Alimentación Complementaria. Es importante la revisión de los rótulos de todos los alimentos y medicamentos que se administran al niño/madre con APLV para asegurarse que no contengan proteína de leche de vaca. Esta puede estar denominada en los ingredientes como leche, suero de leche, sólidos de leche, caseína, caseinato, lactoalbumina, lactoglobulina, proteína láctea. Los alimentos y medicamentos que se administran al infante que contengan lactosa o ácido láctico no necesariamente contienen PLV y generalmente pueden ser utilizados en niños con APLV.

En el caso de las madres que se encuentran en periodo de lactancia exclusiva, se recomienda mantenerla, pero con una dieta de exclusión de lácteos a la madre. En manifestaciones severas, que no respondan a la suspensión de la proteína de leche de vaca, se debe evaluar la suspensión de otros alérgenos que prevalezcan en la dieta materna, como por ejemplo, carne de vacuno, soja, maní, nueces y mariscos.

Evitar alimentos durante el embarazo no se recomienda en ningún caso dado que no hay evidencia que sustente su utilidad en la prevención de la APLV.

El uso de leches de otros mamíferos como oveja, cabra, búfala, yegua, burra, se debe evitar estrictamente ya que existe el riesgo de reacciones alérgicas cruzadas. Las leches no modificadas de soja, arroz o almendras, generalmente no se recomiendan para niños menores de un año ya que no cubren apropiadamente los requerimientos nutricionales del niño y además, específicamente en el caso de soya, se han reportado reacciones alérgicas en un porcentaje considerable.

La Licenciada María Ignacia Fillol, nutricionista de Clínica Universidad de los Andes, señala que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses puede tener un rol en la prevención de enfermedades atópicas y se ha demostrado como el único factor modificable que puede aplicarse en la prevención primaria de la APLV.

"Por lo general y si las manifestaciones son leves se indican fórmulas especiales que tienen la proteína de leche 'rota' o fragmentada, lo que disminuye su capacidad de generar alergia. Si los síntomas son más severos, se recomiendan las fórmulas a base de aminoácidos, donde la proteína está fragmentada al 100 % y su capacidad de generar alergia es prácticamente nula".⁴ Puntualizó Parisi que participó del reciente 6to Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica, que se realizó en la ciudad de Buenos Aires.

El especialista recordó además que la cobertura de esas fórmulas "está garantizada por la ley de leches medicamentosas, que entró en vigencia en febrero".

"Afortunadamente, la mayoría de los cuadros de APLV, cualquiera sea su origen, suelen revertir por sí solos antes de los tres años. Sin embargo, en niños pequeños

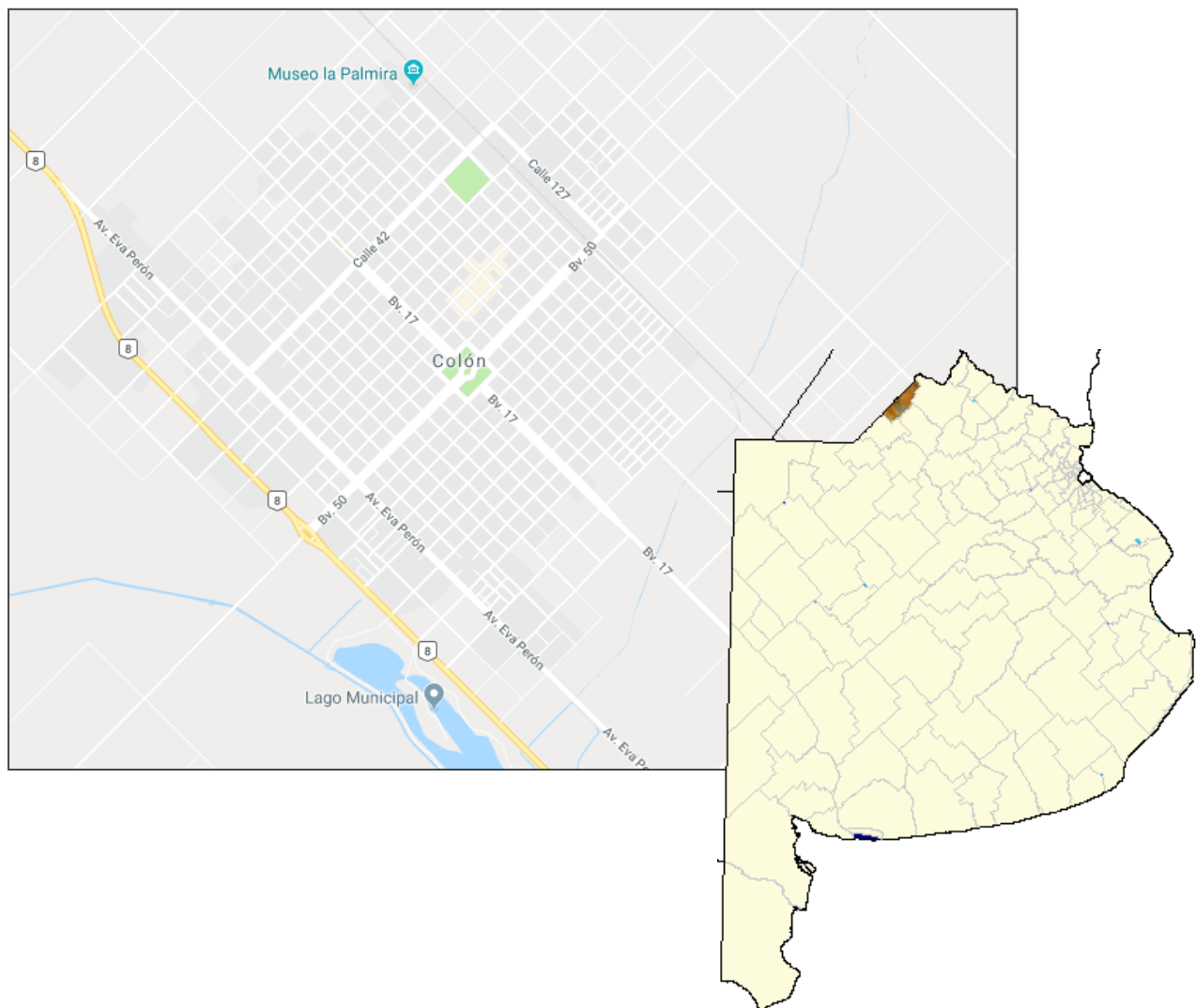
⁴ Parisi, Claudio. 6to Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica. 2017

representa un problema serio que debe atenderse, ya que se corre el riesgo de que se presente un cuadro severo de desnutrición y complicaciones como problemas serios en el crecimiento”.

En el caso de destete o niños alimentados con fórmula, se debe utilizar una fórmula láctea extensamente hidrolizada, al cual responde aproximadamente el 90% de niños con APLV. La madre con dieta de eliminación de PLV prolongada y el niño con alimentación restringida deben recibir asesoría nutricional. La madre que se encuentre con dieta sin PLV debe recibir suplementación con calcio. En el niño con APLV se puede considerar suplementación adicional con calcio según evaluación nutricional. La dieta debe ser libre de proteína láctea al menos hasta los 12 meses de edad y al menos durante 6 meses después de realizado el diagnóstico, y podrá prolongarse según la evolución del paciente. En segunda instancia, si no hay tolerancia o no hay mejoría de los síntomas con el hidrolizado extenso, se indicará fórmula a base de aminoácidos. En niños menores de 6 meses que presentan formas graves y en niños de cualquier edad con reacciones de hipersensibilidad inmediata de tipo anafilaxia se iniciará tratamiento con fórmula de aminoácidos. En la APLV en tratamiento el primer enfrentamiento para el alta se inicia a los 12 meses de edad o 6 meses del diagnóstico y según evolución cada 6 meses. Este se realizará mediante prueba de provocación con PLV antes mencionada. En los niños con formas moderadas y graves y formas inmediatas, la contraprueba de PLV se realizará bajo supervisión médica por indicación de especialista. Se han reportado reacciones alérgicas a soja en un 10-30% de los lactantes menores de un año con APLV no mediada por IgE.

Ciudad de Colón

Colón es una ciudad ubicada al norte de la Provincia de Buenos Aires, República Argentina. Es la cabecera del partido homónimo. Las localidades del partido son Sarasa, Pearson y Villa Manuel Pomar. Se ubica sobre el km 276 de la Ruta Nacional 8, a 50 km de la ciudad de Pergamino y a 7 km del límite con la provincia de Santa Fe, lindando con la localidad santafesina de Wheelwright. Cuenta con 23.206 habitantes (INDEC, 2010).



MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación:

- **Cuanti-cualitativa:**

En este proyecto se llevarán a cabo dos tipos de investigaciones.

Una investigación cuantitativa permite examinar los datos de manera numérica, en este caso se cuantificarán la edad y la cantidad de casos de alergia a la proteína de la leche de vaca en lactantes para así determinar la prevalencia de la misma en los últimos 5 años. El sujeto que investiga es pasivo, ya que se sitúa fuera del fenómeno y lo analiza, el objeto de estudio también es pasivo.

Una investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados para las personas implicadas. Es aquella que produce datos descriptivos como en este caso: síntomas, tipo de nacimiento, predisposición genética, etc. El objeto de estudio es pasivo al igual que el sujeto ya que se basa en hechos del pasado.

- **Descriptiva:**

Este estudio va a describir las propiedades más importantes de la población en estudio, se centran en recolectar datos que describan la situación tal y como es.

- **Correlacional:**

Explica el nivel de correlación entre las variables, en este caso de causa efecto (aumento del número de cesáreas provoca un aumento de prevalencia de la alergia).

Tipo de diseño:

- **En función de la forma de recolección de datos:** De campo.

Es una investigación que requiere de una serie de pasos y técnicas para poder obtener datos específicos. El instrumento a utilizar va a ser la encuesta.

La encuesta será estructurada en base a preguntas cerradas, con alternativas y preguntas abiertas para así poder obtener datos acerca de número de casos, síntomas, tipo de nacimiento, tratamiento, edad y antecedentes de alergia a la proteína de leche de vaca. No se basará en la memoria del pediatra sino que éste deberá recurrir a las historias clínicas (para recabar datos fehacientes). Además se realizará una encuesta a las madres de los niños que han tenido y tienen alergia en los últimos 5 años.

- **Según la manipulación de variables:** No experimental.

Es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos.

- **Según el tiempo:** Transversal.

Mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de la alergia en un momento dado.

Referente empírico:

Dicha investigación se realizará en el mes de Febrero de 2018, en la Ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires.

Población: todos los médicos pediatras y madres de niños con alergia de la Ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires que hayan residido en la ciudad los últimos 5 años.

Muestra: 10 médicos pediatras y 10 madres de niños con alergia de la Ciudad de Colón, provincia de Buenos Aires que estén dispuestos a responder a la encuesta firmando un consentimiento informado (Ver Anexo: Consentimiento informado I y II), es una muestra aleatoria.

Criterios de inclusión:

- Profesionales que sean médicos con especialidad en pediatría.
- Haber residido en Colón los últimos 5 años.
- Haber tratado casos de alergia a la proteína de la leche de vaca.
- Profesionales que acepten la encuesta.
- Madres de niños que hayan tenido alergia en los últimos 5 años.
- Madres que acepten la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que sean médicos generales o de otras especialidades.
- Profesionales que no hayan residido en Colón en los últimos 5 años.

- Profesionales que no hayan tratado casos de alergia a la proteína de leche de vaca.
- Profesionales que no quieran participar de la encuesta.
- Madres cuyos niños no hayan tenido alergia en los últimos 5 años, sino antes o nunca la tuvieron.
- Madres cuyos niños hayan tenido alergia en los últimos 5 años pero no hayan residido en ese momento en la ciudad de Colón.
- Madres que no deseen participar de la encuesta.

Variables de estudio:

Cualitativas:

- Alergia.
- Tipo de parto.
- Antecedentes.
- Tratamiento.

Cuantitativas:

- Edad.
- Número de casos.

Operacionalización de variables:

Variables cualitativas	Definición	Categorización
Alergia	<p>Conjunto de alteraciones de carácter respiratorio, nervioso o eruptivo que se producen en el sistema inmunológico por una extremada sensibilidad del organismo a ciertas sustancias a las que ha sido expuesto, y que en condiciones normales no causan esas alteraciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mediada por IgE. - No mediada por IgE.
Parto	<p>También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del bebé del útero.</p>	<p>Parto natural</p> <p>Parto abdominal o Cesárea</p>
Tratamiento	<p>Conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.</p>	<p>Dieta de exclusión de la madre</p> <p>Dieta de exclusión del niño</p>

Tabla I. Variables cualitativas (Fuente: elaboración propia)

Variables cuantitativas	Definición	Indicador	Categorización
Edad	Tiempo transcurrido por cada paciente desde su nacimiento hasta el momento de la alergia	Número de meses cumplidos (0 a 6 meses)	Lactantes
Prevalencia	Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado.	Porcentaje	De período

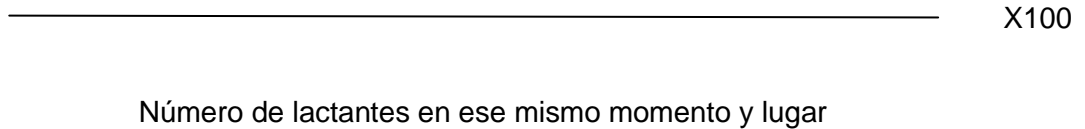
Tabla II. Variables cuantitativas (Fuente: elaboración propia)

Con las variables recolectadas se va a calcular el porcentaje de casos de alergia a la proteína de leche de vaca en lactantes durante los años 2012 a 2017 y si fueron en

aumento por la cantidad de número de cesáreas. El número de lactantes en los últimos 5 años se obtendrá a partir de información del hospital municipal “Eduardo Morgan” y Clínica privada de la ciudad.

Prevalencia de periodo:

Número de casos de alergia a la proteína de leche de vaca en lactantes durante los años 2012 a 2017 en la ciudad de Colón



Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

- *Técnicas:* se realizará una encuesta a los médicos basadas en historias clínicas y se realizará encuesta también a las madres de los niños afectados. Procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información.
- *Instrumentos:* a través de un cuestionario. Conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente y organizadas, secuenciadas y estructuradas.

Procedimientos:

- Se presentará a los individuos el consentimiento informado (Anexo: consentimiento informado I y II) para ser firmado por aquel que desee participar en la investigación (Pediatras y madres de niños con APLV).
- Se le realizará un cuestionario (Anexo: Cuestionario I y II) a cada voluntario para obtener información acerca de los datos de los casos (Pediatras y madres de niños con APLV).
- Se obtendrá el dato numérico, en el hospital “Eduardo Morgan” y la clínica privada, de la cantidad de lactantes de la ciudad de Colón en los últimos 5 años para poder evaluar la prevalencia. Se presentará el consentimiento informado a los directores de dichas instituciones (Anexo: Consentimiento informado III).
- Después de recolectar toda la información se analizarán los resultados, que serán tabulados.

RESULTADOS ALCANZADOS

Encuestas a madres con niños con APLV

Tipo de nacimiento del niño con APLV:



Gráfico I (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 60% de sus niños nacieron por parto natural y el 40% nació por cesárea.

Tipo de nacimiento	Porcentaje	Frecuencia
Parto Natural	60%	6
Cesárea	40%	4
TOTAL	100%	10

Tabla III. Datos según tipo de nacimiento de niños con APLV, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Año en que se presentó la alergia del niño con APLV:

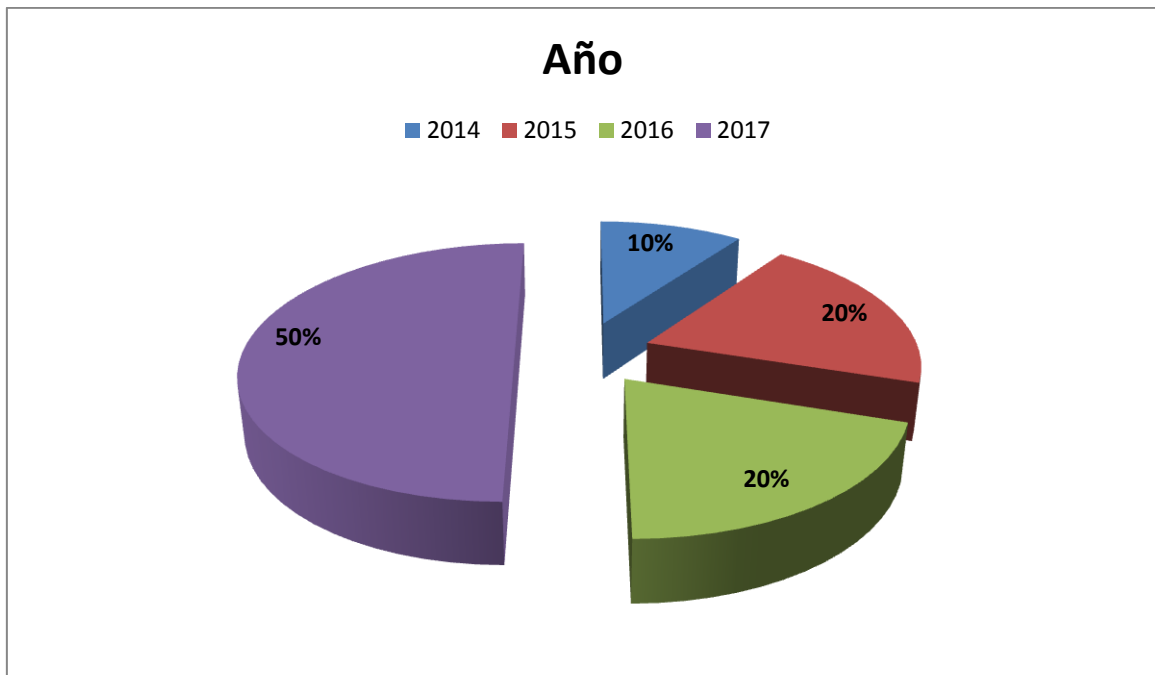


Gráfico II (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 50% de sus niños presentaron la alergia a la proteína de la leche de vaca en el año 2017, el 20% en el año 2015 al igual que el año 2014 y el 10% restante en el año 2014. No se registraron casos de niños con APLV en los años 2012 y 2013.

Año de presentación de la alergia	Porcentaje	Frecuencia
2014	10%	1
2015	20%	2
2016	20%	2
2017	50%	5
TOTAL	100%	10

Tabla IV. Datos según año de presentación de APLV, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Edad (meses) del niño en que se le presentó la alergia:

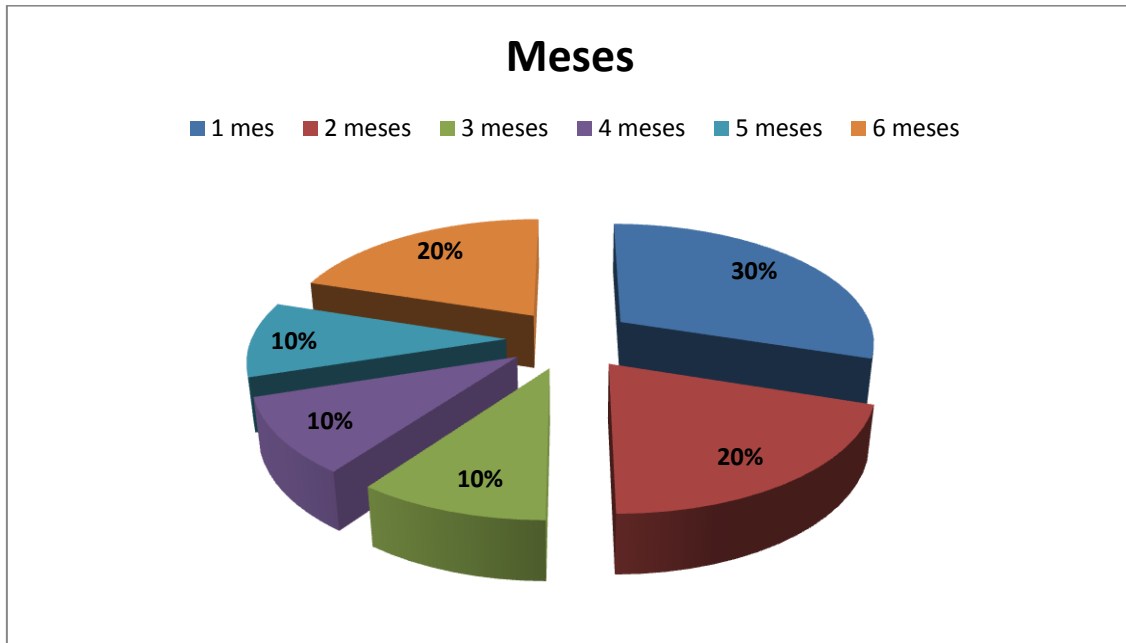


Gráfico III (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 30% de sus niños presentaron la alergia en el 1er mes, el 20% en el 2do mes, otro 20% en el 6to mes, un 10% en el 3er mes al igual que el 4to y 5to mes.

Meses del niño	Porcentaje	Frecuencia
1er mes	30%	3
2do mes	20%	2
3er mes	10%	1
4to mes	10%	1
5to mes	10%	1
6to mes	20%	2
TOTAL	100%	10

Tabla V. Datos según mes en que presentaron APLV los niños, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Distribución de responsable del diagnóstico del niño con APLV:



Gráfico IV (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 80% de sus niños fueron diagnosticados por un gastroenterólogo, el 10 % por el pediatra y el otro 10% por otros (en este caso la misma madre).

Responsable del diagnóstico	Porcentaje	Frecuencia
Pediatra	10%	1
Gastroenterólogo	80%	8
Otro (madre)	10%	1

TOTAL	100%	10
-------	------	----

Tabla VI. Datos según responsable de diagnóstico de niños con APLV, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Distribución según a quien se le aplicó el tratamiento para APLV:

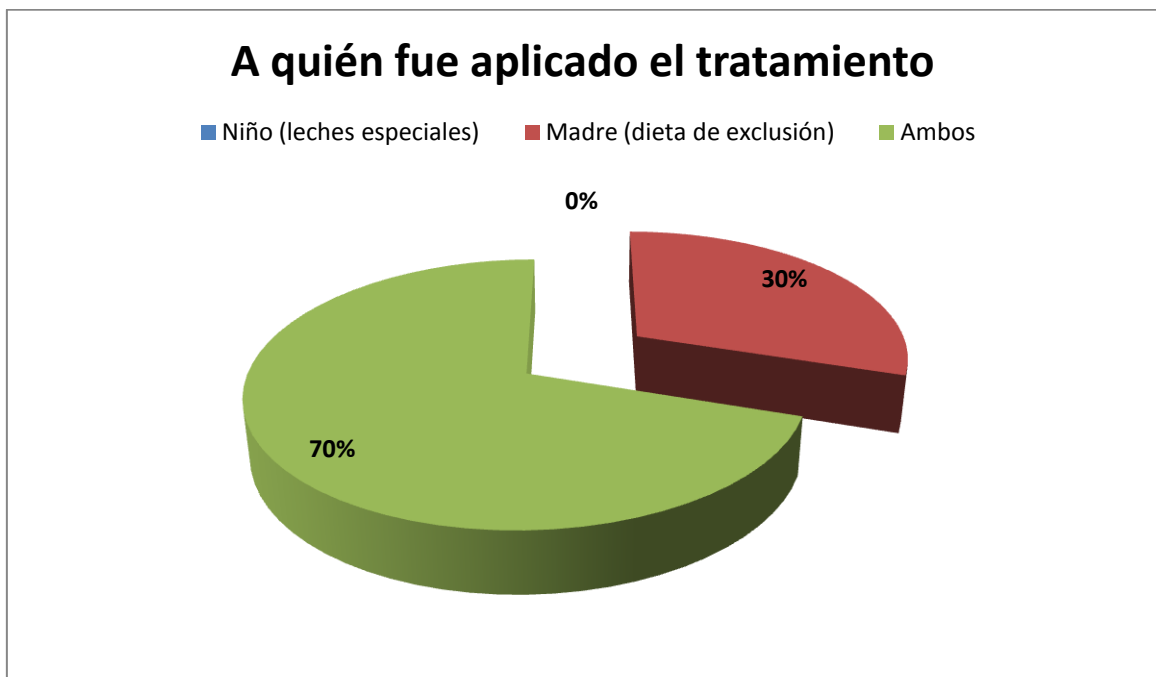


Gráfico V (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 70% manifestó que el tratamiento de la alergia de su hijo fue aplicado en ambos y el 30% manifestó que realizó la dieta de exclusión.

Persona a quién se realizó tratamiento	Porcentaje	Frecuencia
Niño (leches especiales)	0%	0
Madre (dieta de exclusión)	30%	3

Ambos	70%	7
TOTAL	100%	10

Tabla VII. Datos según a quién se realizó tratamiento, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Responsable del tratamiento en madres con niños con APLV:

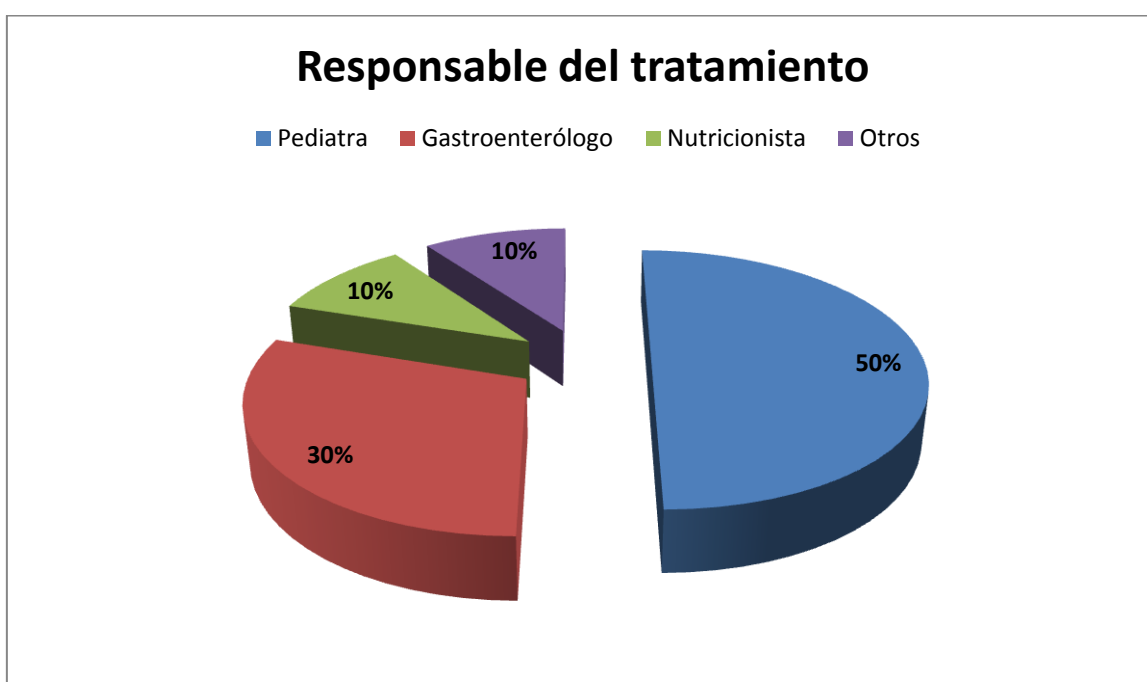


Gráfico VI (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 50% manifestó que fueron tratados por su pediatra, el 30% por su gastroenterólogo, el 10% por la Nutricionista y el 10% restante por otro (ellas mismas).

Responsable del tratamiento	Porcentaje	Frecuencia
Pediatra	50%	5
Gastroenterólogo	30%	3

Nutricionista	10%	1
Otro (madre)	10%	1
TOTAL	100%	10

Tabla VIII. Datos según responsable de tratamiento, madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Primer niño con alergia a la proteína de leche de vaca:



Gráfico VII (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 80% manifestó que fue su primer hijo con alergia y el 20% que no es el primer niño con alergia.

Primer hijo con alergia	Porcentaje	Frecuencia
Sí	80%	8
No	20%	2

TOTAL	100%	10
-------	------	----

Tabla IX. Datos primer hijo con alergia, según madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Presencia de otros hijos con alergia:



Gráfico VIII (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 60% de sus niños tienen hermano/a que tuvo también APLV y el 40% de sus niños no tienen un hermano/a con alergia.

Otros hijos con alergia	Porcentaje	Frecuencia
Sí	40%	4
No	60%	6
TOTAL	100%	10

Tabla X. Datos otros hijos con alergia, según madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Conocimiento de antecedentes de alergia en la familia:

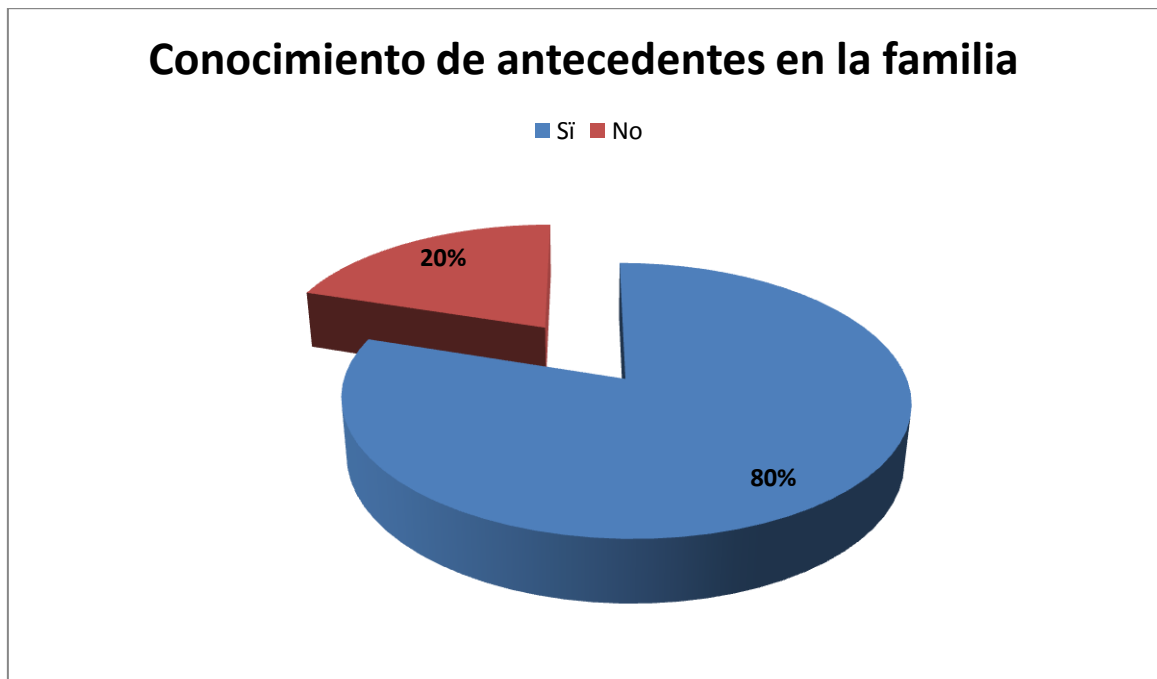


Gráfico IX (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 80% afirma conocer antecedentes familiares de alergia y el 20% no conoce antecedentes familiares de alergia.

Conocimiento de antecedentes familiares de alergia	Porcentaje	Frecuencia
Sí	80%	8
No	20%	2
TOTAL	100%	10

Tabla XI. Datos conocimientos de antecedentes, según madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Distribución de alergia en familiares de los niños con APLV:

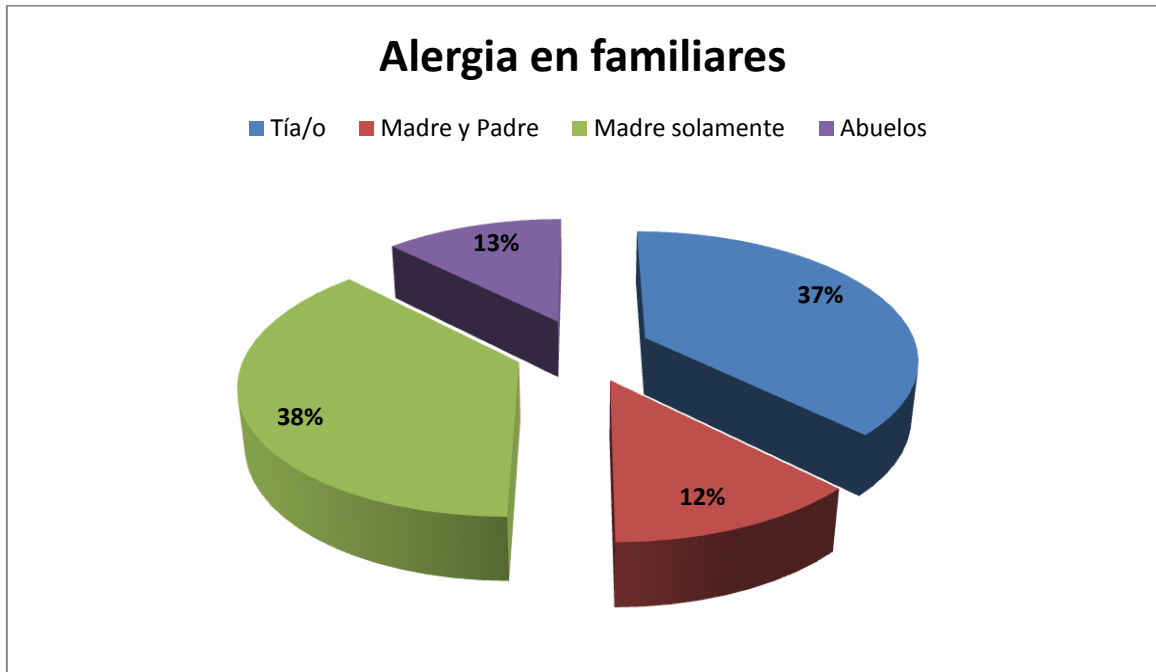


Gráfico X (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas que respondieron que sí a la pregunta anterior (n=8) el 38% de sus niños tiene antecedentes de alergia por parte de sus madres, el 37% por tíos, el 13% por abuelos y el 12% por madres y padre.

Alergia en familiares	Porcentaje	Frecuencia
Madre y Padre	12%	1
Madre solamente	38%	3
Tíos	37%	3
Abuelos	13%	1
TOTAL	100%	8

Tabla XII. Datos familiares con alergia, según madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Distribución de síntomas de APLV en los niños:

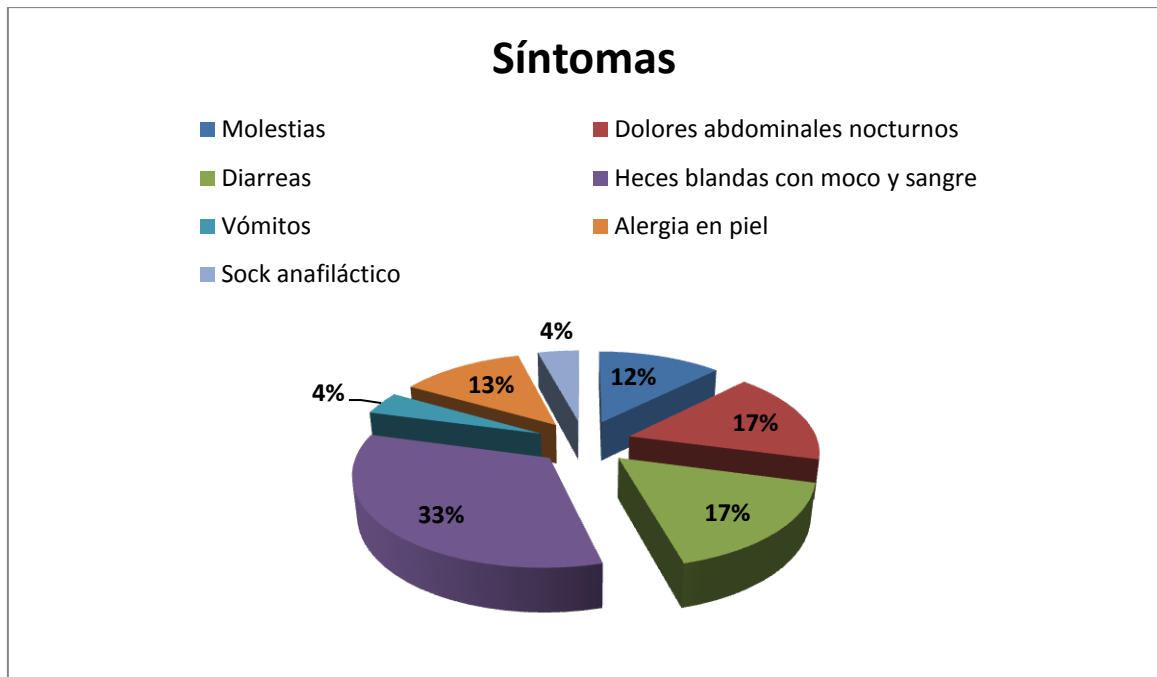


Gráfico XI (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 33% manifestó que su hijo presentó principalmente heces blandas con moco y sangre, el 17% dolores abdominales nocturnos al igual que las diarreas, el 13% alergia en piel, el 12% las molestias y el 4% vómitos al igual que shock anafiláctico. Los niños presentaron más de un síntoma.

Síntomas	Porcentaje	Frecuencia
Heces blandas con moco y sangre	33%	8
Dolores abdominales nocturnos	17%	4
Diarreas	17%	4

Alergia en piel	13%	3
Molestias abdominales	12%	3
Vómitos	4%	1
Shock anafiláctico	4%	1
TOTAL	100%	24

Tabla XIII. Datos síntomas de los niños con APLV, según madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Información en madres con niños con APLV:



Gráfico XII (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 90% afirma haber recibido información (escasa) y el 10% no habría recibido información sino haberla buscado por su cuenta.

Información en madres	Porcentaje	Frecuencia
Sí	90%	9
No	10%	1
TOTAL	100%	10

Tabla XIV. Datos según información de APLV en madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Tipo de alimentación en madres y niños con APLV:

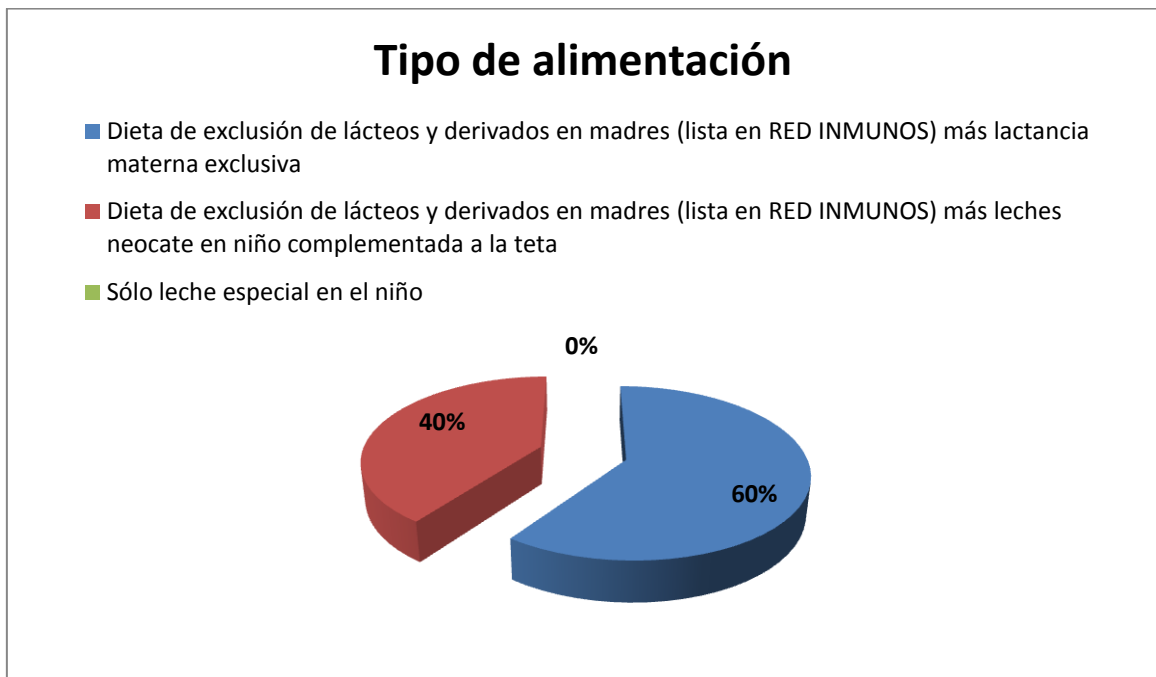


Gráfico XIII (Fuente: elaboración propia)

Del total de las madres encuestadas (n=10) el 60% realiza una dieta de exclusión de lácteos y derivados basada en el listado de la página de internet RED INMUNOS además de una lactancia materna exclusiva. El 40% restante realiza esa misma dieta de exclusión pero complementa la teta con leches especiales.

Tipo de alimentación	Porcentaje	Frecuencia
Dieta de exclusión de lácteos y derivados en madres (lista en RED INMUNOS) más lactancia materna exclusiva.	60%	6
Dieta de exclusión de lácteos y derivados en madres (lista en RED INMUNOS) más leches neocate en niño complementada a la teta.	40%	4
Sólo leche especial en el niño.	0%	0
TOTAL	100%	10

Tabla XV. Datos según tipo de dieta en madres encuestadas en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Encuestas a Pediatras

Distribución de cantidad de casos de niños con APLV tratados por pediatras:

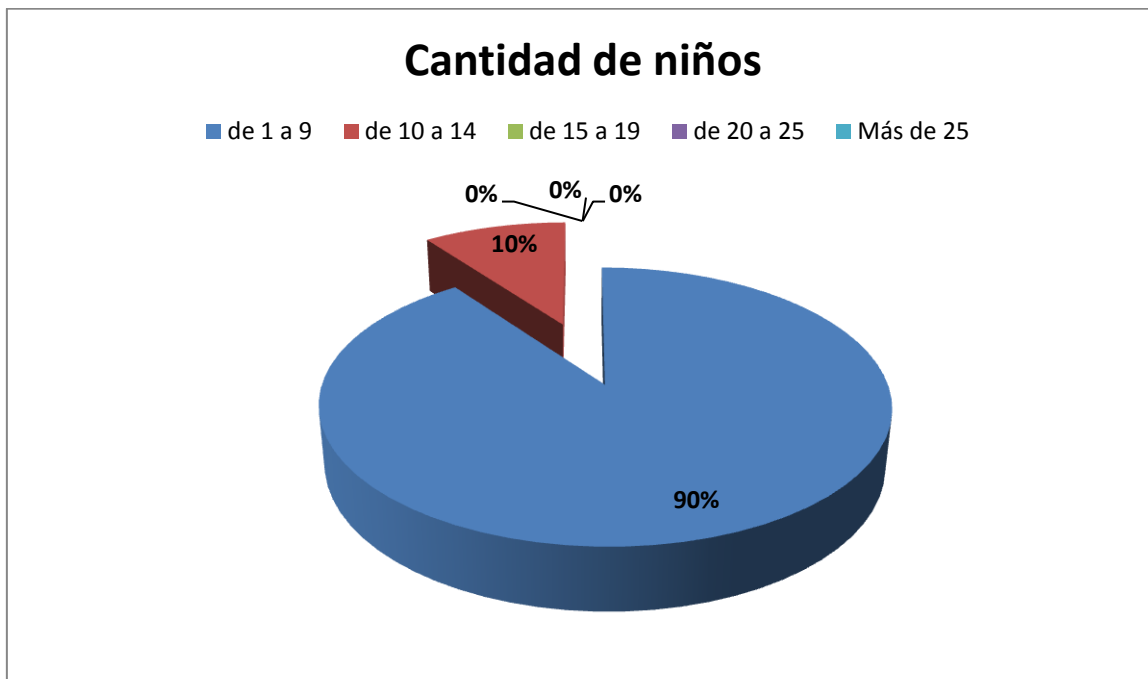


Gráfico XIV (Fuente: elaboración propia)

Del total de pediatras encuestados (n=10) el 90% afirma haber recibido en su consultorio entre 1 a 9 niños con APLV. Y el 10% restante atendió niños en un rango de 10 a 14.

Cantidad de niños atendidos	Porcentaje	Frecuencia
Entre 1 y 9	90%	9
Entre 10 y 14	10%	1
Entre 15 y 19	0%	0
Entre 20 y 24	0%	0
Más de 25	0%	0

TOTAL	100%	10
-------	------	----

Tabla XVI. Datos cantidad de niños atendidos con APLV en los últimos 5 años, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Aumento de niños con APLV en los últimos 5 años (2012-2015):

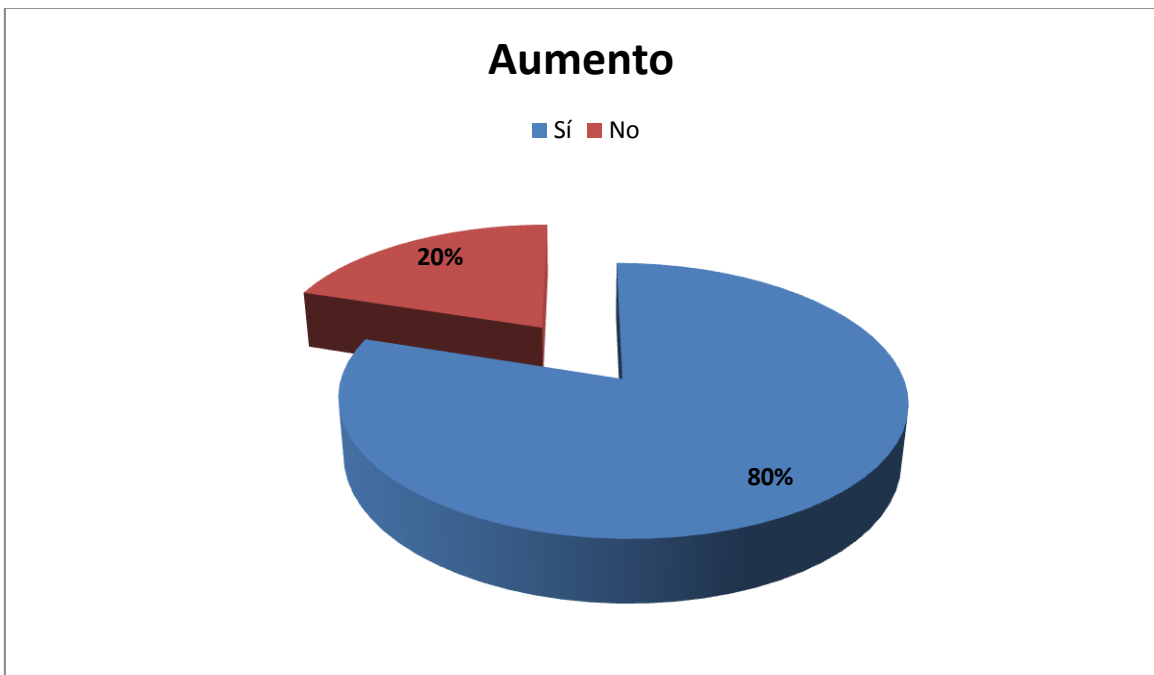


Gráfico XV (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestadas (n=10) el 80% manifestó que hubo un aumento de niños con APLV y el 20% manifestó que no hubo un aumento (porque no recibieron en su consultorio más niños con APLV).

Aumento de niños con APLV en los últimos 5 años	Porcentaje	Frecuencia
Sí	80%	8

No	20%	2
TOTAL	100%	10

Tabla XVII. Datos aumento de niños atendidos con APLV en los últimos 5 años, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Causas posibles de APLV en niños:

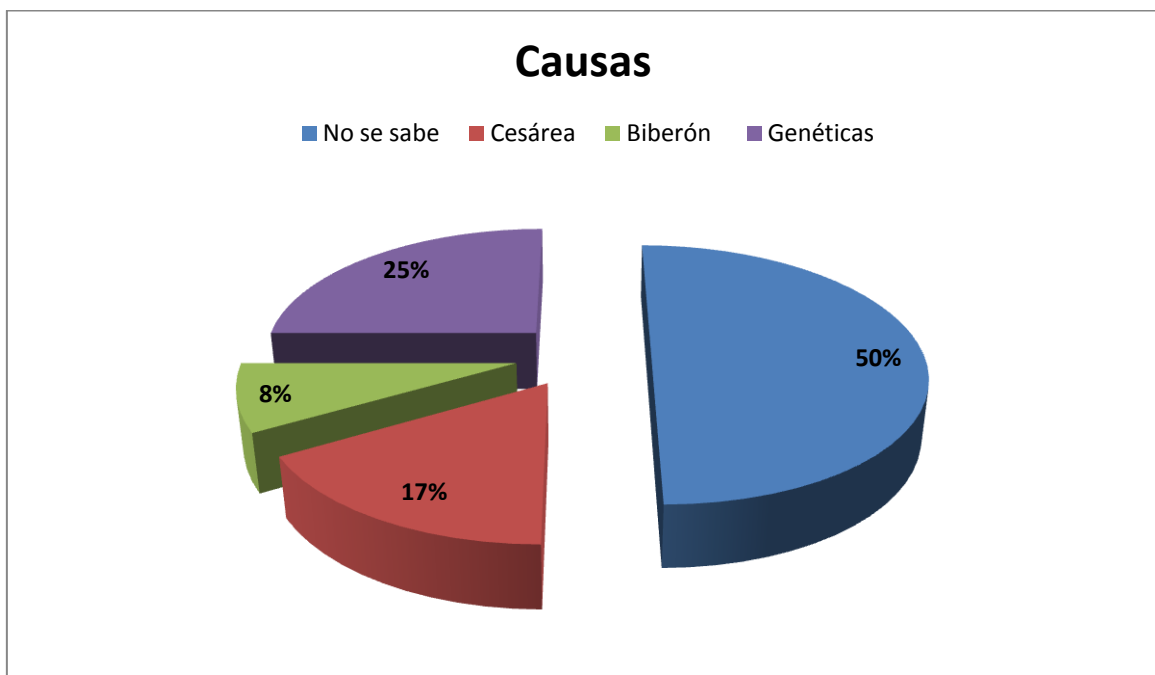


Gráfico XVI (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 50% afirma que no se determinó la causa aún de la APLV, el 25% que es causado por antecedentes genéticos de alergia, el 17% afirma que lo causa el aumento de las cesáreas y el 8% por el biberón que se introduce en los niños apenas nacen.

Causas de APLV	Porcentaje	Frecuencia
No se ha determinado todavía	50%	6

Antecedentes genéticos	25%	3
Aumento de cesáreas	17%	2
Biberón al nacer	8%	1
TOTAL	100%	12

Tabla XVIII. Datos de causa de APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Tipo de nacimiento de niños con APLV:



Gráfico XVII (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 60% afirma que sus pacientes con APLV nacieron mayormente por cesárea y el 40% que sus pacientes nacieron mayormente por Parto Natural.

Tipo de nacimiento	Porcentaje	Frecuencia
Parto Natural	40%	4

Cesárea	60%	6
TOTAL	100%	10

Tabla XIX. Datos de tipo de nacimiento de niños atendidos con APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Diagnóstico de APLV en niños:

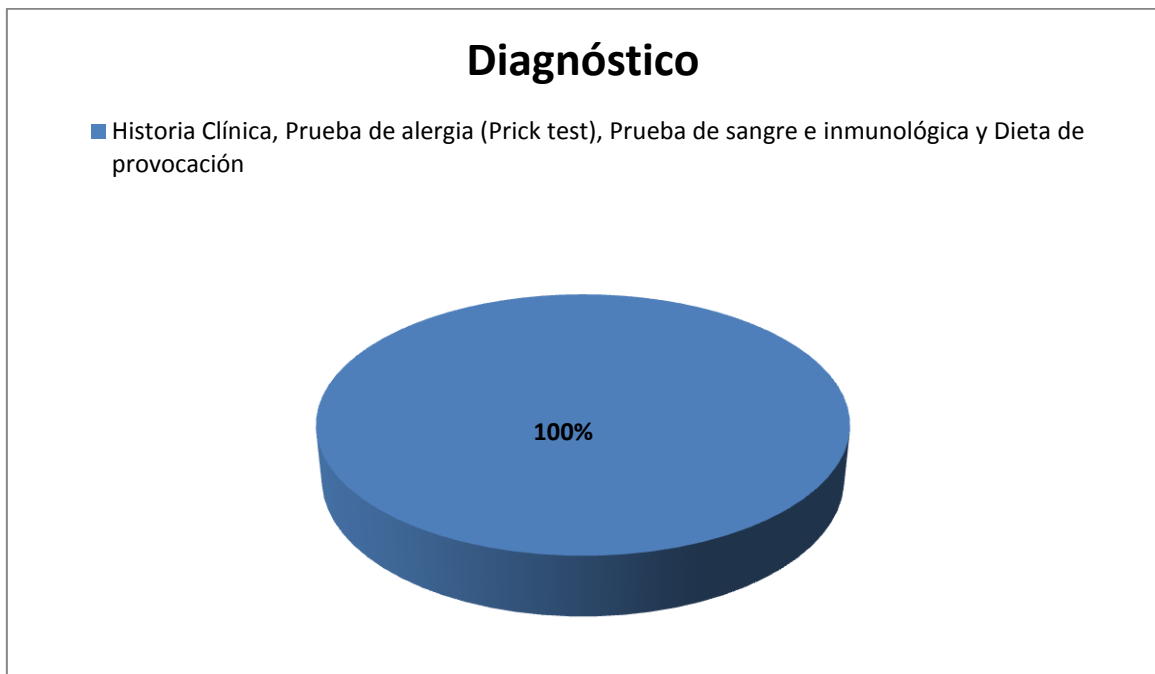


Gráfico XVIII (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 100% afirma que el diagnóstico para APLV es una serie de estudios que tienen en cuenta: Historia Clínica, Prueba de alergia (Prick test), Prueba de sangre e inmunológica y Dieta de provocación.

Diagnóstico	Porcentaje	Frecuencia
Historia Clínica, Prueba de	100%	10

alergia (Prick test), Prueba de sangre e inmunológica y Dieta de provocación.		
TOTAL	100%	10

Tabla XX. Datos de diagnóstico de APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Síntomas más comunes que se presentan en sus pacientes con APLV:

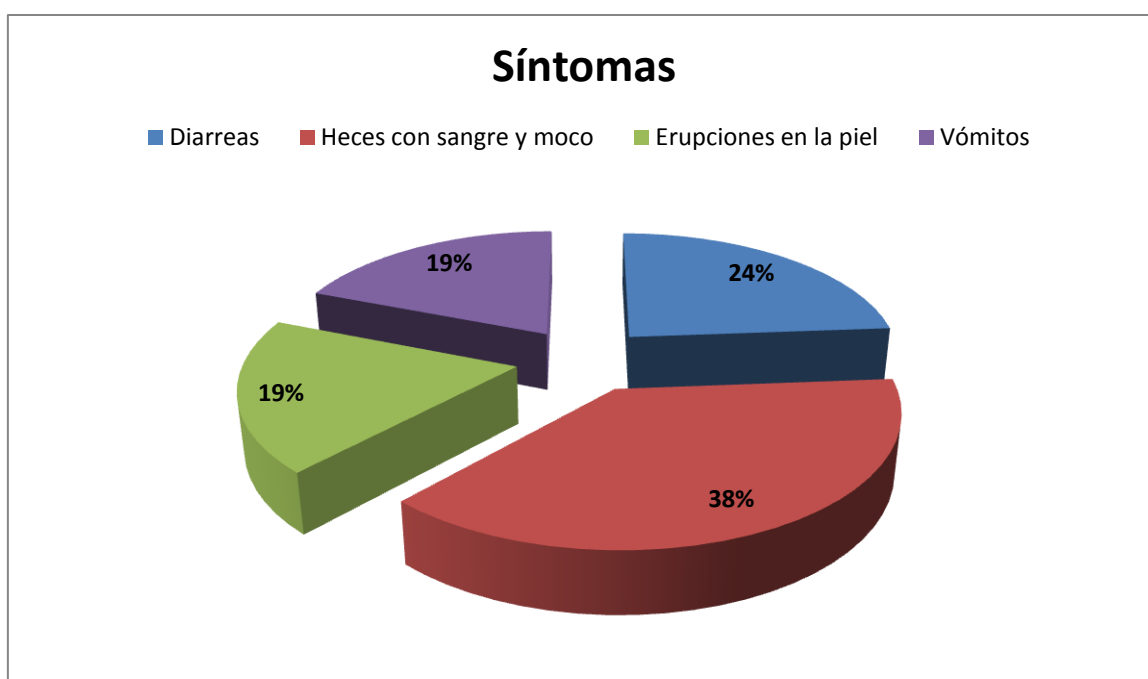


Gráfico XIX (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) se obtuvo que un 38% presenta heces con sangre y moco, un 24% diarreas, un 19% erupciones en la piel y el 19% restante vómitos.

Síntomas	Porcentaje	Frecuencia
Heces con sangre y moco	38%	8

Diarreas	24%	5
Erupciones en la piel	19%	4
Vómitos	19%	4
TOTAL	100%	21

Tabla XXI. Datos síntomas de niños con APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Presencia de componente genético en pacientes con APLV:

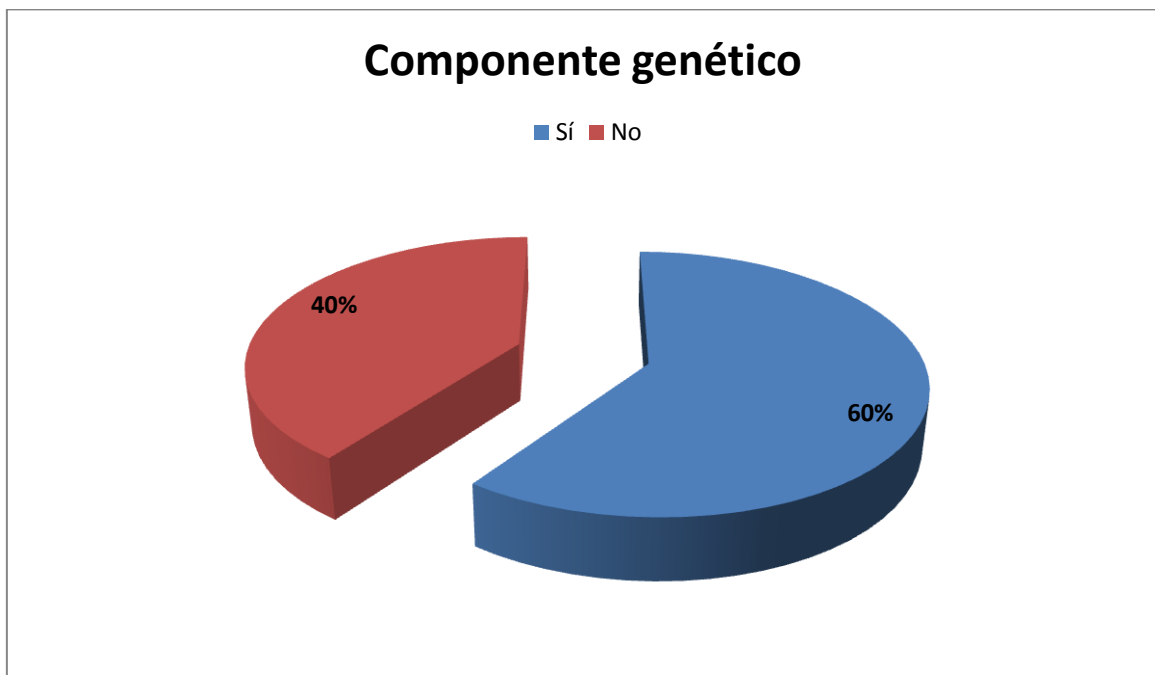


Gráfico XX (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 60% manifiesta que sus pacientes traen antecedentes genéticos, el otro 40% afirma que sus pacientes no tienen antecedentes genéticos de alergia.

Componente genético	Porcentaje	Frecuencia
Sí	60%	6

No	40%	4
TOTAL	100%	10

Tabla XXII. Datos de presencia de componente genético de niños atendidos con APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Familiares de niños con APLV con alergia:

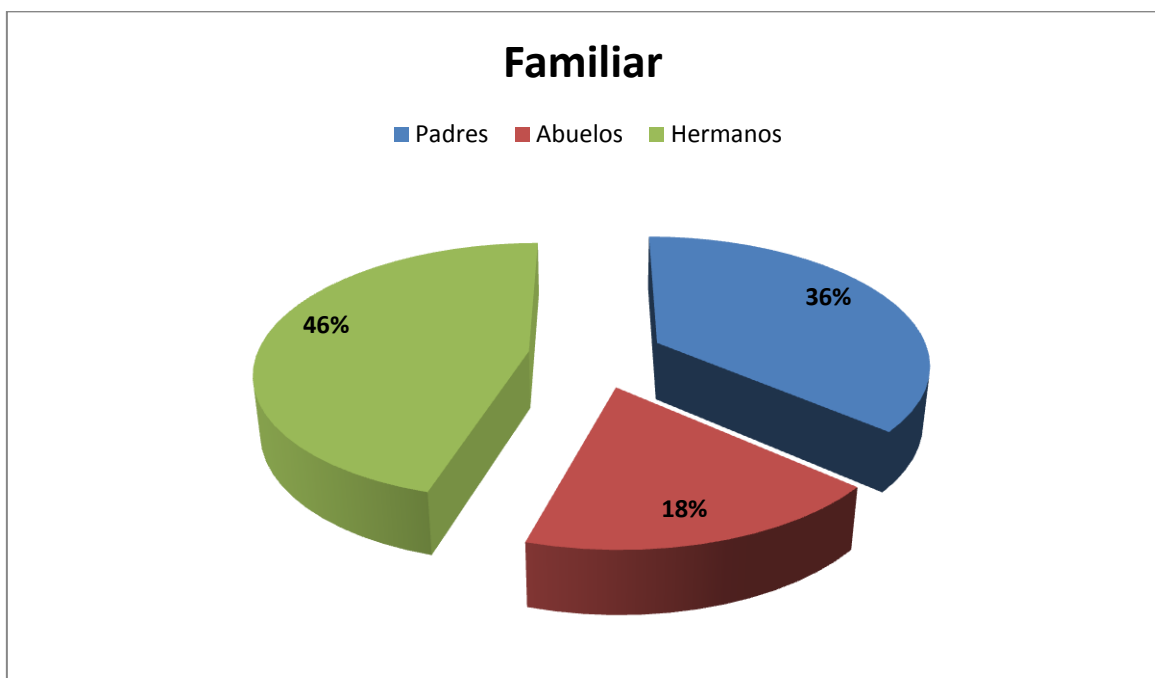


Gráfico XXI (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 46% afirma que los hermanos de los niños con APLV presentan la misma alergia, el 36% que los padres de los niños presentan alguna alergia y el 16% restante que sus pacientes tienen abuelos con alergia.

Familiar con alergia	Porcentaje	Frecuencia
Padres	36%	4

Hermanos	46%	5
Abuelos	16%	2
TOTAL	100%	11

Tabla XXIII. Datos de familiar con alergia en niños con APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Presencia de seguimiento al paciente con APLV:



Gráfico XXII (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 100% afirma que existe un seguimiento del paciente con APLV hasta su recuperación.

Seguimiento del paciente	Porcentaje	Frecuencia
Sí	100%	10
No	0%	0

TOTAL	100%	10
-------	------	----

Tabla XXIV. Datos seguimiento del paciente, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Proporción de dieta de exclusión a la madre del niño con APLV:



Gráfico XXIII (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 80% proporciona a la madre del paciente una dieta de exclusión para la mejoría del niño y el 20% deriva a la madre a un Nutricionista.

Profesional que proporciona la dieta	Porcentaje	Frecuencia
Pediatra	80%	8
Nutricionista	20%	2
TOTAL	100%	10

Tabla XXV. Datos de profesional a cargo de la dieta, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Conocimiento sobre la Ley 27.305 en pediatras:



Gráfico XXIV (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 50% afirma que conoce la ley pero que no se ha informado lo suficiente, el 40% conoce sobre ella y el 10% restante todavía no ha oído hablar de ella.

Conocimiento de Ley 25.305	Porcentaje	Frecuencia
Sí, sabe sobre ella	40%	4
Sí, pero no se ha informado	50%	5
No, no sabe sobre ella	10%	1

TOTAL	100%	10
-------	------	----

Tabla XXVI. Datos conocimiento de Ley 27.305, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018. (Fuente: elaboración propia)

Existencia de una campaña informativa sobre la APLV:

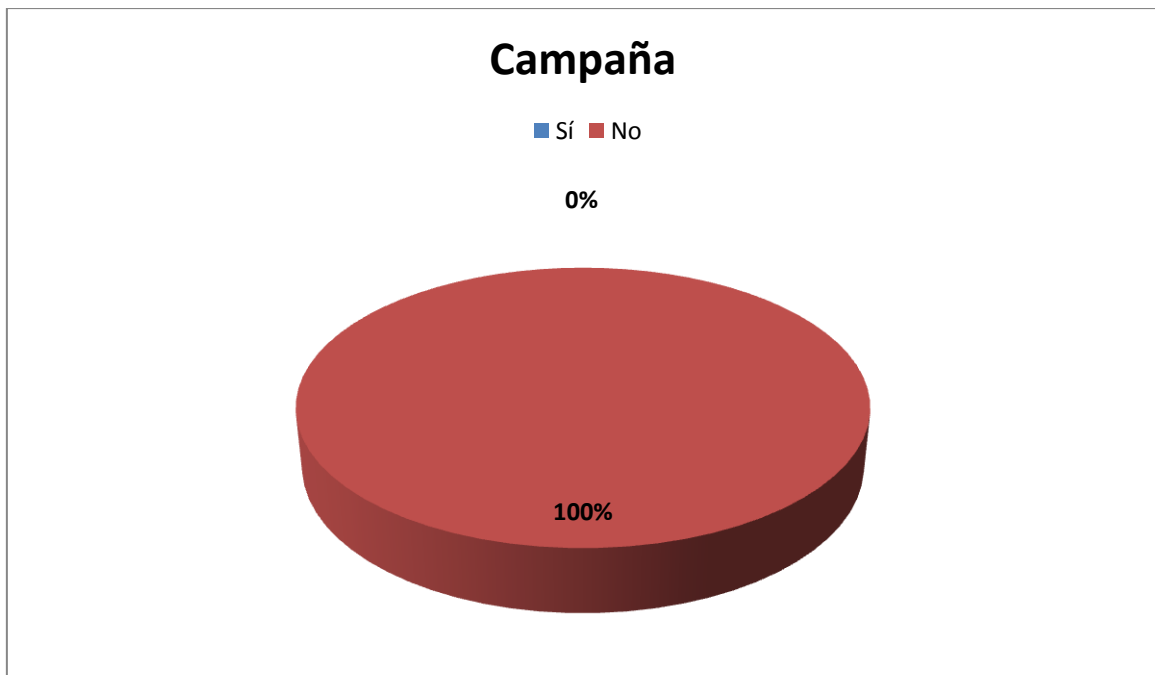


Gráfico XXV (Fuente: elaboración propia)

Del total de los pediatras encuestados (n=10) el 100% manifestó que no existen campañas informativas acerca de la APLV en niños.

Campañas informativas	Porcentaje	Frecuencia
Sí	0%	0
No	100%	10
TOTAL	100%	10

Tabla XXVII. Datos presencia de campañas informativas de APLV, según pediatras encuestados en la ciudad de Colón en el mes de Febrero de 2018.
(Fuente: elaboración propia)

DISCUSIÓN

Esta investigación fue diseñada con el objetivo de evaluar si la causa de la prevalencia de niños con APLV en la Ciudad de Colón era el nacimiento por cesárea.

Se refuta la hipótesis propuesta ya que los resultados si bien aportan que el número de cesáreas es elevado, los pediatras afirman que sería sólo un factor predisponente y no una causa. Además se obtuvo que el 60% de las madres tuvo a sus niños por parto natural y la alergia se presentó igualmente.

A partir de la información obtenida se puede decir que la alergia conlleva una carga genética importante ya que la presencia de alergia en niños en la mayoría de los casos han tenido antecedentes familiares o hermanos mayores con dicha alergia.

Actualmente y en la bibliografía que se ha tenido acceso para investigar, no se ha encontrado estudios iguales al presentado para poder comparar resultados en las mismas condiciones.

Los resultados apuntan a una mayor profundidad de investigación en este tema ya que es muy reciente y no hay suficiente información en la sociedad ni en el ámbito profesional. Requiere de un tratamiento muy cuidadoso y laborioso por lo que las madres necesitan de un buen sostén y enseñanza.

Además se necesita de la participación de los Nutricionistas en este tema ya que es un tema que nos compete y es de gran importancia para el niño y sus mamás.

CONCLUSIONES

Según este estudio, se determinó según las personas evaluadas (10 madres/10 pediatras) que si bien la prevalencia aumentó en los últimos 5 años en un 1,15%, no es en este caso por causa de nacimiento por cesárea sino más bien, ésta sería un factor que aumenta la predisposición del niño a contraerla.

El 90% de los niños no fueron derivados a nutricionistas y sus madres obtuvieron información a través de sus pediátras o de las redes sociales (Red inmunos específicamente ya que brinda información de listados de alimentos aptos y no aptos, al igual que el calendario de vacunas aptas).

El 80% de los niños tuvieron un hermano, tío o padre con presencia de alergia a la proteína de leche de vaca.

El 90% recibió escasa información acerca de esta enfermedad.

El 83% presenta síntomas gastrointestinales (dolores abdominales, heces blandas con un hilito de sangre)

RECOMENDACIONES

La falta de información acerca de este tipo de enfermedad en la ciudad de Colón hace que las familias de los niños que padecen alergia a la proteína de la leche no tengan sospecha de ella y se confunda con una gastroenterocolitis por intoxicación alimentaria o por el agua. Muchas veces visitan al médico unas 4 o 5 veces hasta ser derivados a algún gastroenterólogo que le haga las pruebas de alergia.

El rol del nutricionista es fundamental para la correcta alimentación de la madre, informando acerca de los alimentos aptos ya que realizan tanto lactancia materna exclusiva como complementada con leches especiales. Al igual que la alimentación de los niños cuando a los 6 meses empiecen con la complementaria. Muchos productos industrializados o procesados cuentan en su composición leche o derivados de esta. La recomendación de marcas aptas y el seguimiento del paciente para la adecuada introducción de alimentos hasta que el niño ya no presente síntomas y se resuelva la alergia. Además de el trabajo conjunto con pediatra y gastroenterólogo.

BIBLIOGRAFÍA

(SEGÚN NORMAS APA)

- ✓ Boggio Marzet, Christian. (2017) ¿Es el parto por cesárea un factor de riesgo para el desarrollo de APLV en lactantes argentinos?. *Revista de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica*. Argentina: Buenos Aires.
- ✓ Bolumburu Cámara Celia y Orus Azpeitia Adriana. (2015) *Alergia a las proteínas de la leche de vaca en lactantes: Tratamiento actual y atención farmacéutica*. Tesis de grado en Farmacia, Universidad Complutense, Madrid.
- ✓ Cerecedo Carballo, Inmaculada. (2009) *Aplicación de la tecnología microarray al manejo diagnóstico de la alergia a la proteínas de leche de vaca*. Tesis doctoral en Medicina, Universidad Alcalá, Henares.
- ✓ Errázuriza G, Lucerob Y, Ceresaa S, Gonzalez M, Rossela M y Vivesa A. (2016) *Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca*.
- ✓ Laurrabaquio Miranda, A.M. (2010-2015) *Alergia a proteínas de la leche de vaca en centros de salud de México y Cuba*.
- ✓ Miquel I, Arancibia M.E. (2012) *Alergia a proteína de leche de vaca en el menor de un año*. *Revista Chilena Pediátrica*. 83 (1), 78-83.
- ✓ Orsia M, Fernández A, Follett F.R, Marchisone S, Saieg G, Busonia V.B, Tabacco O y Toca C. *Alergia a la proteína de la leche de vaca. Propuesta de Guía para el manejo de los niños con alergia a la proteína de la leche de vaca*.
- ✓ Plaza Martín AM. (2013) *Alergia a proteínas de leche de vaca*.

- ✓ Rodríguez Álvarez, Mónica. (2013) *Inducción de tolerancia oral en pacientes con alergia persistente a proteínas de leche de vaca*. Tesis doctoral en Medicina, Universidad Complutense, Madrid.
- ✓ Sacristán Martín Ana M, Lanza E, Athaide A. Dos Santos. (2011). *Epidemiología de la historia de la alergia a la proteína de leche de vaca en niños mayores de un año de edad y su tolerancia*. Revista Pediatría de Atención Primaria. 13 (52), 543-551.
- ✓ San Mauro Martín Ismael. (2014) *Herramienta de educación nutricional para alérgicos a huevo y proteína de leche de vaca de edad pediátrica*.
- ✓ Sánchez J, Restrepo M.N, Mopan J, Chinchilla C y Cardona R. (2014) *Alergia a la leche y al huevo: diagnóstico, manejo e implicaciones en América Latina*.
- ✓ Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. (2012) *Guía Clínica Alergia a la Proteína de Leche de Vaca*.
- ✓ Urribarri A.M, Godos Alex D, Durán Raúl C y Berrocal Alejandro Y. (2011) *Reporte de caso: alergia a la proteína de leche de vaca*. *Rev. Gastroenterol.* 31 (2), 183-187.

ANEXO

I) CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Colón,.....(fecha).....

De mi mayor consideración:

La siguiente investigación será realizada por Ana Paula Vidal, D.N.I: 36.223.651.

Siendo alumna avanzada de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Rosario (UCU-CRR). Solicito participación en el estudio a realizar para poder concluir con mi Tesis de grado a fin de completar la carrera de Licenciatura en Nutrición. La participación es totalmente voluntaria.

Se le realizará una encuesta con una serie de preguntas relacionadas sobre la importancia de su función como pediatra en la sociedad más específicamente en la alergia a la proteína de leche de vaca en lactantes. A fin de poder obtener datos más relevantes de ésta. La encuesta no llevará mayor tiempo que 1 hora reloj como máximo.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que competen a esta investigación. Será despejada cualquier duda que se presente.

Desde ya se agradece su colaboración.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma: _____

Aclaración:

II) CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Colón,.....(fecha).....

De mi mayor consideración:

La siguiente investigación será realizada por Ana Paula Vidal, D.N.I: 36.223.651.

Siendo alumna avanzada de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Rosario (UCU-CRR). Solicito participación en el estudio a realizar para poder concluir con mi Tesis de grado a fin de completar la carrera de Licenciatura en Nutrición. La participación es totalmente voluntaria.

Se le realizará una encuesta con una serie de preguntas relacionadas a la alergia a la proteína de leche de vaca presente en su niño. A fin de poder obtener datos relevantes para esta investigación. La encuesta no llevará mayor tiempo que 1 hora reloj como máximo.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que competen a esta investigación. Será despejada cualquier duda que se presente.

Desde ya se agradece su colaboración.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma: _____

Aclaración:

III) CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Colón,.....(fecha).....

De mi mayor consideración:

La siguiente investigación será realizada por Ana Paula Vidal, D.N.I: 36.223.651.

Siendo alumna avanzada de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay, Centro Regional Rosario (UCU-CRR). Solicito participación en el estudio a realizar para poder concluir con mi Tesis de grado a fin de completar la carrera de Licenciatura en Nutrición. La participación es totalmente voluntaria.

Se solicita como único dato el número de nacimientos en los últimos 5 años (2012 al 2017). A fin de poder obtener datos relevantes para esta investigación.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que competen a esta investigación. Será despejada cualquier duda que se presente.

Desde ya se agradece su colaboración.

Firma: _____

Aclaración:

I) CUESTIONARIO:

Fecha:

El siguiente cuestionario se solicita que sea realizado en base a historias clínicas que sólo el profesional podrá consultar para poder responder las siguientes preguntas:

1) ¿En los últimos 5 años cuál fue el número total de casos de APLV?

0 a 9 10 a 14 15 a 19 20 a 24 25 o más

2) ¿En éstos últimos 5 años aumentó el número?

Sí No

3) De ser así....¿A qué se debe?

.....
.....

4) Se da con más frecuencia en:

- Parto natural
- Cesárea

5) ¿Cómo se diagnostica la alergia a la proteína de la leche de vaca?

6) ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que se presentan en los pacientes?

.....

7) ¿Generalmente tienen algún componente genético?

- Sí En: Padres Hermanos Abuelos

- No

8) ¿Existe un seguimiento?

- Sí

- No

9) ¿Cómo se procede al tratamiento en las madres?

- Le da un listado de alimentos a consumir proporcionado por usted

- Deriva a Nutricionista

10) ¿Conoce la Ley 27.305 sobre la cobertura obligatoria de leches especiales?

- Sí, se sobre ella

- Sí, pero no me he informado

- No, no la conozco

11) ¿Existen campañas de información acerca de ésta alergia?

- Sí

- No

II) CUESTIONARIO

Edad actual del niño:

1) ¿Cómo fue el nacimiento del niño?

- Parto natural
- Cesárea

2) ¿En qué año se presentó la alergia?

3) ¿Cuándo fue diagnosticado?

- 1er mes
- 2do mes
- 3er mes
- 4to mes
- 5to mes
- 6to mes

4) La alergia fue diagnosticada por:

- Pediatra
- Gastroenterólogo
- Otros

5) El tratamiento para la alergia de su hijo fue aplicado:

- En él (a través de leches especiales)
- En usted (con una alimentación específica)
- En ambos

6) El tratamiento fue dado por:

- Pediatra

- Gastroenterólogo

- Derivada a un Nutricionista

7) ¿Su niño fue el primero que tuvo alergia?

- Sí

- No

8) En caso de contestar no: ¿Su/s otro/s hijo/s también lo tuvo/ieron?

- Sí

- No

9) ¿Conoce sus antecedentes familiares de alergia?

- Sí

- No

10) ¿Quién fue o es alérgico en su familia?

11) ¿Qué síntomas presentó?

12) ¿Recibió información acerca de esta alergia?

- Sí

- No

13) Describa brevemente su alimentación y la de su hijo: